



interface
comunicação, saúde, educação

2018; 22(64) 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 Médicas), 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 Filosofía, las Artes y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE

Antonio Pithon Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES

Denise Martin, Unifesp
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR

Miriam Celi 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

Alejandro Goldberg, UBA, Argentina
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP
Cássio Silveira, FCM, Santa Casa
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elisabeth Meloni Vieira, USP
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Janine Miranda Cardoso, Fiocruz
Joana Raquel Santos de Almeida, Universidade de Londres, Inglaterra
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Marcelo Viana da Costa, UERN
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Patrícia Natalia Schwartz, UnB
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
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 CREAÇÃO

Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación

Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Juliana Araújo Silva, Unesp
Renata Monteiro Buelau, USP

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA

Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO

Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL

Assistente administrativo/Administrative assistant/Asistente administrativo

Juliana Freitas Oliveira
Rodrigo A. Chiarelli Gonçalves

Assistente editorial/Editorial assistant/Asistente editorial
Renato Ribeiro

Normalização/Normalization/Normalización

Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva

Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos

Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)
Liane Christine L. P. Pilon (Português/Portuguese/Potugués)
Félix Héctor Rígoli (Inglês/English/Inglés)
María Jesus Carbajal Rodríguez (Espanhol/Spanish/Español)

Web design

Ester Campos Mello de Andrade

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

**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
Uruguuaia, Uruguai
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma
Metropolitana, México
César Ernesto Abadía-Barrero, Universidad Nacional de
Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Fernando Altair Pocahy, UERJ
Fernando Peñaranda Correa, UFPR
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPR
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Miguel Rasia, UFPR
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguuaia, 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 Cristina Davini, OPAS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad
Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBA
Maricela Perera Pérez, Universidad de la Habana, Cuba
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPA
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Raquel Rigoto, UFCE
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Ricardo Sparapan Pena, UFF
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de
México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
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

Coletivo PARDO, 2015

COMUNIDADE RURAL

AUTISMO

HIV/AIDS

DOENÇA DE CHAGAS

CULTURA

MIGRAÇÃO

SAÚDE

CORPOS MÚLTIPLOS

INTERDISCIPLINARIDADE

PRAXIOLOGIA

EDUCAÇÃO

NARRATIVA VISUAL

PAIDÉIA

ÉTICA DO CUIDADO

COMUNICAÇÃO

EPISTEMOLOGIA

VER-SUS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

MEDICALIZAÇÃO

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

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

- 5 A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária
Gastão Wagner de Souza Campos

dossiê

Gênero, Saúde, Corporeidades

- 9 Apresentação
Anne Damásio
- 13 Construção do estereótipo do “macho nordestino”
nas letras de forró no Nordeste brasileiro
Aline Veras Morais Brilhante; Juliana Guimarães e Silva; Luiza
Jane Eyre de Souza Vieira; Nelson Filice de Barros; Ana Maria
Fontenelle Catrib
- 29 Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva:
elementos para a discussão acerca da produção
do cuidado integral ao usuário masculino
Francisco Anderson Carvalho de Lima; Jonas Torres Medeiros;
Túlio Batista Franco; Maria Salette Bessa Jorge
- 43 O que esperam pessoas trans do Sistema Único
de Saúde?
Pablo Cardozo Rocon; Francis Sodré; Jéssio Zamboni; Alessandro
Rodrigues; Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro

artigos

- 55 Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS)
como marcadoras de acontecimento
no campo da Saúde Coletiva
Thaís Maranhão; Izabella Barison Matos
- 67 A ética do cuidado de si como criação
de possíveis no trabalho em Saúde
Eliane Oliveira de Andrade; Luiz Renato Paquiela Givigi; Ana
Lúcia Abrahão
- 77 O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família
Geraldo Eduardo Guedes de Brito; Antonio da Cruz Gouveia
Mendes; Pedro Miguel dos Santos Neto
- 87 Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação
do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)
Nivaldo Carneiro Junior; Cássio Silveira; Lia Maria Brito da Silva;
Maria Aparecida Shikanai-Yasuda
- 97 Envolvimento dos usuários de sistemas de saúde
na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS):
uma revisão narrativa de estratégias internacionais
Rosana Castro; Flávia Tavares Silva Elias
- 109 Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo:
o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?
Bárbara Lyrio Ursine; Everton Luís Pereira; Fernando Ferreira
Carneiro
- 121 Pesquisa Apreciativa: características, utilização
e possibilidades para a área da Saúde no Brasil
Cristiane Trivisio Arnemann; Denise Gastaldo; Maria Henriqueta
Luce Kruse
- 133 A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde
Nauristela Ferreira Paniago Damasceno; Edson Malvezzi; Cibele
de Moura Sales; Antonio Sales
- 141 Percepção de risco como estratégia de convívio comensal
com jovens órfãos pelo HIV/AIDS em São Paulo, SP, Brasil
Sueli Aparecida Moreira; Ivan França Junior; Michelle Jacob;
Alicia Cabral; Laura Alves Martirani
- 153 Cartas de mães e pais de autistas ao Jornal do Brasil
na década de 1980
José Augusto Leandro; Bruna Alves Lopes

- 165 A judicialização da Saúde
na percepção de médicos prescritores
Orozimbo Henriques Campos Neto; Luiz Alberto Oliveira
Gonçalves; Eli Iola Gurgel Andrade
- 177 O conceito de vulnerabilidade e a educação
em saúde fundamentada em Paulo Freire
Gil Sevalho
- 189 Fronteiras da formação em saúde:
notas sobre a potência da vulnerabilidade
Simone Edi Chaves; Cleber Gibbon Ratto
- 199 Colaboração interprofissional: um estudo de caso
sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil
Liziane de Souza Arruda; Carlos Otávio Fiúza Moreira
- 211 Inovação na formação médica:
apoio matricial em programas de residência
José Maurício de Oliveira; Edson Malvezzi; Renata Lúcia
Gigante; Everton Soeiro; Gastão Wagner de Sousa Campos
- 223 Experiência do ensino integrado ao serviço para formação
em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia
Danielle Tupinambá Emmi; Daiane Maria Cavalcante da Silva;
Regina Fátima Feio Barroso
- 237 Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do
curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos,
SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes
Maristela Schiabel Adler; Dante Marcello Claramonte Gallian

debates

- 251 Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de
câncer de próstata e saúde do homem
Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto; Rodrigo Luciano Bandeira
de Lima; Ana Carolina D'Angelis; Daniel Knupp Augusto
- 263 Alfredo de Oliveira Neto
267 Juan Gervas
269 Mônica de Assis
272 Réplica

espaço aberto

- 275 Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança
Bruna Martins Reis; Flávia Liberman; Sérgio Resende Carvalho
- 285 Dispositivos pedagógicos de educação em Saúde Coletiva
Elisandro Rodrigues; Jose Geraldo Soares Damico

entrevistas

- 295 Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado:
uma entrevista com Annemarie Mol
Denise Martin; Mary Jane Spink; Pedro Paulo Gomes Pereira

resenhas

- 307 A pesquisa narrativa em saúde: análise crítica do relatório
“Cultural contexts of health: the use of narrative research
in the health sector”, de Trisha Greenhalgh
Everardo Duarte Nunes

criação

- 313 Impressões e compreensões sobre uma comunidade rural
na Amazônia, Brasil
Ricardo Agum Ribeiro; Sávio Luis Stoco; Alessandra Ferreira
Dales Nava; Sully de Souza Sampaio; Leandro Luiz Giatti

errata

editorial

- 5 Defending the SUS depends on advancing health reform
Gastão Wagner de Souza Campos

dossier

Gender, Health, Corporalities

- 9 Presentation
Anne Damasio
- 13 Construction of the stereotype of “Northeastern macho” in the Brazilian forro songs
Aline Veras Morais Brilhante; Juliana Guimarães e Silva; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira; Nelson Filice de Barros; Ana Maria Fontenelle Catrib
- 29 Gender and sexuality in Collective Health: elements for the debate on the production of comprehensive care directed to the male patient
Francisco Anderson Carvalho de Lima; Jonas Torres Medeiros; Túlio Batista Franco; Maria Salette Bessa Jorge
- 43 What trans people expect of the Brazilian National Health System?
Pablo Cardozo Rocon; Francis Sodré; Jéssio Zamboni; Alexandro Rodrigues; Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro

articles

- 55 Experiences in the Brazilian National Health System (SUS) as events markers in the field of Collective Health
Thaís Maranhão; Izabella Barison Matos
- 67 The ethics of self-care as a way of creating possibles for work in Health
Eliane Oliveira de Andrade; Luiz Renato Paquiela Givigi; Ana Lúcia Abrahão
- 77 Purpose of work in the Family Health Strategy
Geraldo Eduardo Guedes de Brito; Antonio da Cruz Gouveia Mendes; Pedro Miguel dos Santos Neto
- 87 Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS)
Nivaldo Carneiro Junior; Cássio Silveira; Lia Maria Brito da Silva; Maria Aparecida Shikanai-Yasuda
- 97 Involvement of patients of healthcare systems in Health Technology Assessment (HTA): a narrative review of international strategies
Rosana Castro; Flávia Tavares Silva Elias
- 109 The health of people with disability living in rural areas: what do Basic Health Care workers say?
Bárbara Lyrio Ursine; Éverton Luís Pereira; Fernando Ferreira Carneiro
- 121 Appreciative inquiry: characteristics, utilization and possibilities for the field of Health in Brazil
Cristiane Trivisio Arnemann; Denise Gastaldo; Maria Henriqueta Luce Kruse
- 133 Narratives as alternative in health research
Nauristela Ferreira Paniago Damasceno; Edson Malvezzi; Cibele de Moura Sales; Antonio Sales
- 141 Commensal meetings strategies regarding youth orphaned by HIV/AIDS in São Paulo, SP, Brazil
Sueli Aparecida Moreira; Ivan França Junior; Michelle Jacob; Alicia Cabral; Laura Alves Martirani
- 153 Letters sent to the *Jornal do Brasil* by parents of autistic people during the 1980s
José Augusto Leandro; Bruna Alves Lopes

- 165 The judicialization of Health in the perception of physician's prescribing
Orozimbo Henriques Campos Neto; Luiz Alberto Oliveira Gonçalves; Eli Iola Gurgel Andrade
- 177 The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire
Gil Sevalho
- 189 Boundaries of professional education in health: notes on the power of vulnerability
Simone Edi Chaves; Cleber Gibbon Ratto
- 199 Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for the Elderly, Rio de Janeiro State University (NAI/UERJ), Brazil
Liziene de Souza Arruda; Carlos Otávio Fiúza Moreira
- 211 Innovation in medical education: matrix support in residency programs
José Maurício de Oliveira; Edson Malvezzi; Renata Lúcia Gigante; Everton Soeiro; Gastão Wagner de Sousa Campos
- 223 Integrated teaching to service experience in Health professional education: perception of dentistry students and graduates
Danielle Tupinambá Emmi; Daiane Maria Cavalcante da Silva; Regina Fátima Feio Barroso
- 237 Medical school and Brazilian National Health System (SUS): implantation of the Federal University of Sao Carlos (UFSCar) medical school from the perspective of teachers and students
Maristela Schiabel Adler; Dante Marcello Claramonte Gallian

debates

- 251 A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health
Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto; Rodrigo Luciano Bandeira de Lima; Ana Carolina D'Angelis; Daniel Knupp Augusto
- 263 Alfredo de Oliveira Neto
267 Juan Gérvas
269 Mônica de Assis
272 Reply

open space

- 275 From anxieties to movement: a Psychosocial Care Center (CAPS), the clinic and a dance
Bruna Martins Reis; Flávia Liberman; Sérgio Resende Carvalho
- 285 Pedagogical devices for educational purposes in Collective Health
Elisandro Rodrigues; Jose Geraldo Soares Damico

interviews

- 295 Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: an interview with Annemarie Mol
Denise Martin; Mary Jane Spink; Pedro Paulo Gomes Pereira

reviews

- 307 The narrative research in Health: critical analysis of the report “Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector” by Trisha Greenhalgh
Everardo Duarte Nunes

creation

- 313 Impressions and understandings of a rural community in the Amazon, Brazil
Ricardo Agum Ribeiro; Sávio Luis Stoco; Alessandra Ferreira Dales Nava; Sully de Souza Sampaio; Leandro Luiz Giatti

editorial

- 5 La defensa del SUS depende del avance de la reforma sanitaria
Gastão Wagner de Souza Campos

dosier

Género, salud y corporalidades

- 9 Presentación
Anne Damasio
- 13 Construcción del estereotipo del “macho nordestino” brasileño en las letras de forró
Aline Veras Morais Brilhante; Juliana Guimarães e Silva; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira; Nelson Filice de Barros; Ana Maria Fontenelle Catrib
- 29 Género y sexualidad en Salud Colectiva: elementos para la discusión sobre la producción del cuidado integral para el usuario masculino
Francisco Anderson Carvalho de Lima; Jonas Torres Medeiros; Túlio Batista Franco; Maria Salette Bessa Jorge
- 43 ¿Qué esperan las personas trans del Sistema Brasileño de Salud?
Pablo Cardozo Rocon; Francis Sodré; Jéssio Zamboni; Alexandro Rodrigues; Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro

artículos

- 55 Vivencias en el Sistema Brasileño de Salud (SUS) como marcadoras de acontecimiento en el campo de la Salud Colectiva
Thaís Maranhão; Izabella Barison Matos
- 67 La ética del cuidado de sí como creación de posibles en el trabajo en Salud
Eliane Oliveira de Andrade; Luiz Renato Paquiela Givigi; Ana Lúcia Abrahão
- 77 El objeto de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia
Geraldo Eduardo Guedes de Brito; Antonio da Cruz Gouveia Mendes; Pedro Miguel dos Santos Neto
- 87 La migración boliviana y la enfermedad de Chagas: límites en la actuación del Sistema de Salud Brasileño (SUS)
Nivaldo Carneiro Junior; Cássio Silveira; Lia Maria Brito da Silva; Maria Aparecida Shikanai-Yasuda
- 97 Envolvimiento de los usuarios de sistemas de salud en la Evaluación de Tecnologías de Salud (ETS): una revisión narrativa de estrategias internacionales
Rosana Castro; Flávia Tavares Silva Elias
- 109 Salud de la persona discapacitada que vive en el campo: ¿qué dicen los trabajadores de la Atención Básica?
Bárbara Lyrio Ursine; Éverton Luís Pereira; Fernando Ferreira Carneiro
- 121 Investigación Apiciativa: características, utilización y posibilidades para el área de la Salud en Brasil
Cristiane Trivisio Arnemann; Denise Gastaldo; Maria Henriqueta Luce Kruse
- 133 La narrativa como alternativa en la investigación de salud
Nauristela Ferreira Paniago Damasceno; Edson Malvezzi; Cibele de Moura Sales; Antonio Sales
- 141 Percepción de riesgo como estrategia de convivencia comensal con jóvenes huérfanos por VIH/SIDA en São Paulo, SP, Brasil
Sueli Aparecida Moreira; Ivan França Junior; Michelle Jacob; Alicia Cabral; Laura Alves Martirani
- 153 Cartas de madres y padres de autistas al Jornal do Brasil en la década de 1980
José Augusto Leandro; Bruna Alves Lopes

- 165 La judicialización de la salud en la percepción de los médicos prescriptores
Orozimbo Henriques Campos Neto; Luiz Alberto Oliveira Gonçalves; Eli Iola Gurgel Andrade
- 177 El concepto de vulnerabilidad y la educación en salud fundamentada en Paulo Freire
Gil Sevalho
- 189 Fronteras de la formación en salud: notas sobre la potencia de la vulnerabilidad
Simone Edi Chaves; Cleber Gibbon Ratto
- 199 Colaboración inter-profesional: un estudio de caso sobre los profesionales del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil
Liziane de Souza Arruda; Carlos Otávio Fiúza Moreira
- 211 Innovación en la formación médica: apoyo matricial en programas de residencia
José Maurício de Oliveira; Edson Malvezzi; Renata Lúcia Gigante; Everton Soeiro; Gastão Wagner de Sousa Campos
- 223 Experiencia de la enseñanza integrada al servicio para formación en Salud: percepción de alumnos y egresados de Odontología
Danielle Tupinambá Emmi; Daiane Maria Cavalcante da Silva; Regina Fátima Feio Barroso
- 237 Escuela médica y Sistema Brasileño de Salud (SUS): creación de la escuela de medicina de la Universidad Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) bajo la perspectiva de docentes y alumnos
Maristela Schiabel Adler; Dante Marcello Claramonte Gallian

debates

- 251 Un noviembre no tan azul: debate del rastreo del cáncer de próstata y salud del hombre
Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto; Rodrigo Luciano Bandeira de Lima; Ana Carolina D’Angelis; Daniel Knupp Augusto
- 263 Alfredo de Oliveira Neto
267 Juan Gérvas
269 Mônica de Assis
272 Réplica

espacio abierto

- 275 De las inquietudes al movimiento: un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), la clínica y una danza
Bruna Martins Reis; Flávia Liberman; Sérgio Resende Carvalho
- 285 Dispositivos pedagógicos de educación en Salud Colectiva
Elisandro Rodrigues; Jose Geraldo Soares Damico

entrevistas

- 295 Cuerpos múltiples, política ontológica y lógica del cuidado: una entrevista con Annemarie Mol
Denise Martin; Mary Jane Spink; Pedro Paulo Gomes Pereira

reseñas

- 307 La investigación narrativa en salud. Análisis crítico del informe “Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector” por Trisha Greenhalgh
Everardo Duarte Nunes

creación

- 313 Impresiones y comprensiones sobre una comunidad rural en la Amazonia, Brasil
Ricardo Agum Ribeiro; Sávio Luis Stoco; Alessandra Ferreira Dales Nava; Sully de Souza Sampaio; Leandro Luiz Giatti

A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária

Com o passar dos anos, vem se reforçando minha impressão de que o Sistema Único de Saúde (SUS), aquele previsto na Constituição, é melhor e mais generoso do que o Brasil.

Sem dúvida, trata-se de uma dedução paradoxal, já que o SUS foi idealizado e vem sendo implementado nesse mesmo contraditório, velho e eterno país do futuro e que, aparentemente, nunca se atualiza. Tanto é assim que o SUS concreto – aquele realmente existente – está ainda distante de garantir o direito universal à saúde e a atenção integral conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas, mesmo considerando que muito tenha sido realizado e que o impacto do SUS sobre a saúde e esperança de vida do povo brasileiro é positivo.

Entretanto, ao mesmo tempo que se avançou, o SUS que vem sendo construído é cada vez mais assemelhado com as precárias condições de existência dos 70% da população brasileira que o utiliza regularmente. No SUS, como nos bairros periféricos, há descuido com ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema. O SUS vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira. Em síntese, o SUS vem conformando uma ética, uma estética e um padrão de funcionamento em correspondência com o modo de vida da maioria; em muitos aspectos e situações, confirmando um padrão de descaso e de desrespeito à dignidade humana.

No Brasil há uma profunda desigualdade econômica, social e política. Há como que dois mundos coexistindo no mesmo território. Apesar da redução da pobreza ocorrida nos últimos anos, ainda dois terços da população têm renda igual ou menor do que dois salários mínimos. Há também profundas desigualdades em relação ao poder: a composição do Congresso Nacional confirma o desequilíbrio da representação política: maioria formada por empresários, homens e brancos. O machismo ainda é cultura dominante; nas organizações públicas e privadas impera o terror e o arbítrio do gerencialismo. As cidades são sempre duas, dois pedaços com diferenças abismais em relação ao saneamento básico, ao transporte, à habitação, à urbanização, ao lazer e à segurança pública. Basta consultar o Mapa da Violência para nos assaltar a certeza de que há dois Brasis. Os governos têm cuidado mais do crescimento econômico e da manutenção do poder da elite do que de estratégias de desenvolvimento social e humano.

O SUS “a quem é que se destina”? – Caetano Veloso perguntaria. O SUS concreto é, de fato, um sistema de todos e para todos?

A defesa do SUS passa pela luta contra a desigualdade, por alterarmos a política econômica e social vigente, impondo intervenções públicas voltadas para a promoção da igualdade e do bem-estar.

A frase que venho empregando “A esperança somos nós... e os outros” é uma metáfora para expressar a certeza de que a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais, nesse momento em particular, depende da sociedade civil mais do que do Estado e dos políticos profissionais. Depende da revitalização do movimento sanitário e de sua articulação com amplos setores da sociedade – movimentos de luta por direitos, como o das mulheres, dos idosos, das populações indígenas e negra, dos portadores de patologias, das várias crenças religiosas que participam também da vida social, dos sindicatos, enfim, temos que verbalizar um projeto inclusivo de sociedade e, especificamente, de direito à saúde.

Em grande medida, o SUS é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde. É necessário falar sobre o SUS, comentar sobre essa utopia e sonhar com a possibilidade concreta de que isto seja possível, algo que depende da defesa do que foi construído, mas também de mudanças que superem inúmeros impasses que separam o SUS da lei daquele SUS real vivenciado no dia a dia.

Comentarei algumas estratégias que poderão recompor nossa capacidade de resistir ao desvario elitista dos atuais dirigentes do país.

1- Promover ações simbólicas e práticas para reforçar o SUS como sendo um sistema de todos e para todos. A fuga do terço mais rico da população para os planos privados é mais um sintoma da construção de um país para os ricos e poderosos e de outro para o povo.

Com esse objetivo, iniciar uma campanha nacional para aprovação de lei proibindo a utilização de recursos públicos para pagar planos privados de saúde para servidores públicos e trabalhadores de estatais: parlamentares, do poder judiciário, administração direta, estatais, etc.

Organizar movimento para aprovação de lei que termine com a isenção de imposto de renda para contribuintes que utilizaram serviços privados de saúde.

E, ainda, alterar cultura e política dos sindicatos de trabalhadores para que realizem ações em defesa do SUS, particularmente em regiões onde vivem seus associados e que, ao mesmo tempo, lutem pela incorporação dos recursos gastos pelas empresas com planos coletivos aos salários e rendimentos dos trabalhadores.

2- A obtenção de um financiamento adequado para o SUS dependerá da mudança da matriz econômica vigente e da adoção de ações voltadas para o crescimento econômico, ou seja, um novo desenvolvimentismo, com utilização do orçamento público não para desoneração fiscal – bolsa empresário –, mas para investimento em políticas sociais e de infraestrutura: saneamento básico, reforma urbana, transporte público, habitação, saúde, educação, segurança pública e promoção social.

O obstáculo principal a ser enfrentado no momento é a revogação da Emenda Constitucional 95 (teto de gastos), já que, a curto prazo, promoverá brutal redução de investimentos e de gastos com custeios das políticas sociais e de infraestrutura. Na saúde, trata-se da ocorrência de milhares de mortes evitáveis por políticas e programas sanitários e sociais reduzidos ainda mais.

Defendo, ainda, que todo pedido de ampliação de financiamento na saúde deve ser acompanhado por um projeto que defina sua aplicação, tais como recursos para dobrar cobertura da Atenção Primária, elaboração de mapa com dificuldades de acesso à média e alta complexidade por região de saúde, construção de Política de Pessoal para o SUS, ampliação da política de controle das arboviroses mediante ações sobre determinação social da epidemia: degradação urbana, entre outras prioridades.

3 - Reforma do Estado e da gestão do SUS, objetivando reduzir drasticamente a fragmentação do sistema e a dependência do SUS da política partidária e do poder executivo.

Apesar do termo “único” na denominação de nosso sistema, não há como desconhecer as dificuldades de constituição e de gestão das redes sanitárias, de realização de planejamento e avaliação integradas e do uso racional de

recursos. O caminho factível para ampliar a integração entre entes federados, entre atenção primária, média e alta complexidade, urgência e vigilância, é o fortalecimento das regiões de saúde.

Acredito que as regiões de saúde deveriam ampliar o escopo de suas responsabilidades e de sua atuação, assumindo o caráter de instância de gestão operacional de parte da rede, no caso, da média e alta complexidade, da regulação, de parte da urgência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – e de parte da vigilância. Para isso, as regiões de saúde deveriam contar com Fundo Regional de Saúde, ou seja, com orçamento próprio, conforme o volume de suas responsabilidades e com contribuições da União e dos estados. O comando da região será, conforme previsto em lei, das Comissões Intergestoras Regionais (CIR), que deveriam indicar, inclusive, um secretário regional de saúde mediante critérios técnicos e de experiência no SUS. Os municípios, além de participarem da gestão das regiões, deverão realizar a gestão de serviços e programas sob sua responsabilidade.

Para se lograr uma autonomia sanitária relativa para o SUS, poderíamos lutar pela aprovação de uma lei que determinasse que as funções de gestão de programas e de serviços do SUS não sejam mais cargos de confiança ou de livre provimento, mas ocupados mediante processos seletivos internos aos profissionais do SUS.

4 - Política de pessoal única para o SUS

Constata-se que há uma multiplicidade de políticas e de modalidades de gestão de pessoal no SUS. A União, cada município, estado, organização social, fundação de saúde e prestador filantrópico ou privado contratado têm regras próprias, bem como mecanismos diferentes de contratação e de pagamento aos trabalhadores de saúde. Tendo em vista restrições orçamentárias, dificuldades jurídicas e gerenciais para a gestão do trabalho no Brasil, reproduziu-se, na administração pública sanitária, a cultura de improvisação e de precarização das relações de trabalho.

A existência de um novo tipo de profissional de saúde depende da constituição de uma política de pessoal única para o SUS que contemple diversidades das várias profissões e especialidades e também a diversidade sanitária e de contexto das várias regiões brasileiras.

Imagino que devêssemos romper com a tradição de organizar carreiras com base nas categorias profissionais.

Imagino um novo tipo de política organizada segundo a lógica das principais áreas dos sistemas de saúde. Identifico no SUS cinco áreas: atenção básica; atenção de média e alta complexidade (rede secundária e terciária – ambulatórios, centros de referência, serviços de atenção domiciliar e hospitalares); rede de urgência e emergência; vigilância à saúde; e apoio à gestão do SUS (setor administrativo, manutenção e financeiro).

A gestão dessa nova política seria necessariamente compartilhada entre União, estados e municípios, ficaria a cargo da Comissão Tripartite do SUS, mediante a criação de um órgão público (autarquia ou fundação pública) e de um fundo orçamentário para política de pessoal.

5 - O SUS precisa ser reconhecido como um espaço público. A experiência dos sistemas universais e públicos de saúde indicam a incompatibilidade entre essa alternativa e o funcionamento do mercado. Caso avance a redefinição do papel e a organização das regiões de saúde e caso se efetive a política de pessoal única

para o SUS, não haverá mais necessidade da terceirização da gestão do SUS para a modalidade de organizações sociais. Elas poderão ser totalmente substituídas pela rede pública recém-especificada, viabilizando dessa maneira condições propícias para o funcionamento do SUS segundo nossos princípios e diretrizes legais.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Professor titular de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Presidente da Abrasco.

Submetido em 24/10/2017. Aprovado em 25/10/2017.

Defending the SUS depends on advancing health reform

Over the years, I have become more and more convinced that the Brazilian National Health System (SUS) as foreseen by the constitution is better and more generous than Brazil.

Without doubt, this is a paradoxical deduction, in so much as the SUS was idealized and is being implemented in the same contradictory, old and eternal country of the future, which, apparently, has never reinvented itself. So much so that, despite the fact that much has been accomplished and the positive impact of the SUS on the health and life expectancy of the Brazilian people, the concrete SUS – the “actually existing” system – still has a long way to go before being able to uphold the universal right to health and comprehensive health care based on individual and collective health needs.

While progress has undoubtedly been made, the SUS that is currently taking shape increasingly resembles the precarious living conditions of the 70% of the Brazilian population that use it on a regular basis. In the SUS, as in deprived areas, there is neglect with the ambiance, with the efficiency of public service delivery and, most serious of all, with the people that use and work in the system. The SUS is gradually becoming yet another space dominated by the rationality of the age-old traditional promiscuity of Brazilian politics. In short, the SUS has shaped its ethics, aesthetics and operational standards in line with the way of life of the majority; in many respects and situations, confirming a pattern of disrespect for human dignity.

There is deep-rooted economic, social and political inequality in Brazil. It is as if there were two worlds coexisting in the same territory. Despite significant progress in reducing poverty in recent years, two-thirds of the population earn less than two minimum salaries. There are also deep inequalities when it comes to power. The composition of the National Congress confirms the imbalances in political representation, being made up mostly of businessmen, men and whites. Machismo is the dominant culture, while in public and private organizations the terror and arbitrariness of managerialism prevails. Cities are split in two, with gaping differences in basic sanitation, transport, housing, urbanization, leisure, and public security. We only need to look at the Map of Violence to realize that there are two Brazils. Governments have concerned themselves more with economic growth and maintaining the power of the elites than social and human development strategies.

“For whom is it intended”, the SUS? – Caetano Veloso would ask. Is the concrete SUS really a system that “belongs to all of us and is for all of us”?

Defending the SUS involves combatting inequality, promoting a shift in current economic and social policy, and imposing public interventions aimed at promoting equality and well-being.

The phrase I tend to use, “We are hope... and the others”, is a metaphor that expresses certainty that defending the SUS, democracy and social rights, particularly in present times, depends more on civil society than on the State and career politicians. It depends on revitalizing the health movement and promoting political articulation across broad sectors of society – civil rights movements, such as those that struggle for the rights women, the elderly, indigenous groups and black people, disease-specific groups, religious groups, and unions; ultimately we need to give voice to a project that seeks to build an inclusive society that upholds the right to health.

To a large extent, the SUS is the concrete manifestation of the history of struggles to protect the right to health. It is necessary to talk about the SUS, comment on this utopia and dream with the concrete possibility that it is realizable, something that depends not only on defending what has been built, but also on implementing changes to overcome the countless impasses that separate the SUS on paper from the real day-to-day SUS.

Outlined below are just some of the strategies that may reinforce our ability to resist the raving folly of the country's ruling elite.

1 - Promote symbolic practical actions to strengthen the SUS as a system that belongs to all of us and is for all of us. The flight of the wealthiest one-third of the population to private insurance plans is yet another symptom of building one country for the rich and powerful and another for the people.

To this end, we need to develop a national campaign to create a law that prohibits the utilization of public funds to pay private health plans for civil servants, state employees, parliamentarians, and members of the judicial and executive branch, etc.

We need to organize a movement to create a law that ends income tax exemption for taxpayers who use private health services.

We need to promote a shift in the culture and policy of workers' unions towards actions in defense of the SUS, particularly in the regions where their members live, and the reallocation of company spending on employee health plans to workers' salaries and benefits.

2 - Achieving adequate funding for the SUS requires changes to the prevailing economic framework and the adoption of actions to promote economic growth, or "new developmentalism", where public resources are used not for tax relief – a measure known by the nickname of *bolsa empresário* (the business grant) –, but rather for investing in social policies and infrastructure, including basic sanitation, urban reform, public transport, housing, health, education, public security, and social promotion.

The most pressing challenge at the moment is the repeal of the Constitutional Amendment 95 (which imposes a ceiling on public spending for the next 20 years), given that, in the short term, it will promote brutal spending cuts that are set to affect social policies, infrastructure, and health, thus leading to thousands of avoidable deaths.

I also defend that requests for increased health funding should be accompanied by a project setting out how resources will be allocated, the elaboration of a map showing gaps in access to medium and high complexity care services by health region, the formulation of a SUS staff policy, and widening the coverage of arbovirus control policies through actions that tackle the social determinants of epidemics such as urban decay.

3 - State reform and SUS management reform is also needed, aimed at drastically reducing system fragmentation and SUS dependence on partisan politics and the executive branch. Despite containing the term "unified" in its name, it is impossible to ignore the challenges facing the planning, set up, management and evaluation of service delivery, and the rational use of

resources in the SUS. A feasible way to improve integration between federated entities across all levels of health care (primary care and medium and high complexity care services, urgent care services, and health surveillance) is through strengthening the health regions.

I believe that health regions should assume a widened role, becoming partially responsible for the operational management of the network (medium and high complexity care), regulation, urgent care services (the Mobile Emergency Care Service – SAMU, acronym in Portuguese), and health surveillance. To this end, health regions should benefit from regional health funds with their own specific budget according to the respective demand for care services, in addition to contributions from federal and state governments. As provided by current legislation, each health region is governed by *Comissões Intergestoras Regionais* (regional intermanagement commissions), which shall appoint an appropriately qualified and experienced regional health secretary. Municipalities, apart from participating in the management of health regions, are responsible for managing the services and programs that fall within their remit.

To achieve relative autonomy within the SUS, it is important to fight for a law that replaces *cargos de confiança* (political appointments made on the basis of trust) for management positions within the SUS with merit-based appointments made through a competitive, transparent and unbiased selection process.

4 - A unified staff policy for the SUS

There is a multiplicity of policies and approaches to personnel management in the SUS. Each type of service provider, be it the federal, municipal or state government, social organizations, health foundations, philanthropic organizations, and contracted private service providers, have its own rules and mechanisms for the recruitment and payment of health workers. Budget constraints and legal and management problems related to human resource management in Brazil have led to the development of a very ad hoc approach to personnel management within public health services and precarious working relationships.

The emergence of a new type of health professional depends on the creation of a unified staff policy for the SUS that takes into account the diverse nature of health professions and specialties, health care and Brazil's various regions.

We need to break with the tradition of organizing careers into professional categories and move towards an approach based on the main areas of the health care system: primary care; medium and high complexity care (secondary and tertiary system – outpatient clinics, referral centers, home care services, and hospitals); the urgent and emergency care network; health surveillance; and operational support (administrative, maintenance, and financial).

This new policy would be jointly implemented across the federal, state and local governments by a tripartite commission, with the creation of a public agency (an autonomous body or public foundation) and personnel policy fund.

5 - The SUS needs to be recognized as a public space. The experiences of public universal systems show that this alternative is incompatible with the market system. Should progress be made with the redefinition of the role and organization of health regions and the creation of a unified staff policy for the SUS, there will be no need to outsource the management of the SUS to social

organizations. These organizations could be totally replaced by the reshaped public health network, thus providing the necessary conditions for effective service delivery according to the principles and guidelines laid down in the relevant legislation.

Gastão Wagner de Sousa Campos

College of Medical Sciences, Campinas University, SP.
President of the Brazilian Association of Collective Health.

Submitted on October 24, 2017. Approved on October 25, 2017.

Apresentação

Presentation

Presentación

Anne C. Damásio^(a)

O dossiê “Gênero, saúde e corporeidades” apresenta possibilidades infindas de unir artigos de horizontes teóricos distintos, com temáticas que se separam como em linhas de fuga, e confluem para um mesmo lugar temático, a saber: a necessidade de mobilizar discussões sobre gênero, sexualidade e corporeidades em Saúde Coletiva.

O artigo “Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino”, dos autores Francisco Anderson Carvalho de Lima, Jonas Torres Medeiros, Túlio Batista Franco e Maria Salete Bessa Jorge, objetiva analisar a produção do cuidado ao paciente masculino por meio da investigação micropolítica dos processos de masculinidades. Para tanto, constrói uma cartografia de como os cuidados são produzidos, a partir do dispositivo do usuário-guia, pensado como um relato de produção do cuidado. O trabalho é realizado com um usuário-guia com câncer nas redes de atenção à saúde do município de Fortaleza, Ceará, acompanhado pelos autores no serviço de saúde. Fundamental compreender que o cuidado aqui mencionado não se restringe à lógica hermética do modelo biomédico, mas o transcende em muito, estando fundado na lógica dos sucessivos encontros entre os usuários, os trabalhadores de saúde e todos os outros que atravessam esse encontro central, fundado nas narrativas – compreendidas aqui “por meio de entrevistas, diálogos ou contato silencioso”, além da utilização da ferramenta etnográfica do diário de campo. O encontro será mobilizado como “ferramenta de produção de dados, na medida em que se opera uma inserção no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde no âmbito micropolítico.”

Na perspectiva dos autores utilizados para a construção desse trabalho fundado na dimensão cartográfica, enquanto referencial teórico-metodológico, tais como Deleuze e Guatarri, “esses encontros formam redes de conexões existenciais”, o que indica que o perfil do cuidado não é o lugar físico onde este se realiza, mas um “território existencial”, no qual o trabalhador irá se inserir como “sujeito ético-político”, deslizando com ele pelos espaços onde ele estiver operando seu processo de trabalho. A cartografia estaria assentada na

^(a) Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rua Trairi, s/n, Centro. Santa Cruz, RN, Brasil. 59200-000. annecdamasio@yahoo.com.br

preocupação com esses encontros e os afetos mobilizados. Uma cartografia de como o cuidado se produz em ato. Assim, explora-se claramente as diversas possibilidades abertas pela cartografia para a produção de conhecimento em saúde.

Outro aspecto a ser considerado no presente artigo é aquele relativo à masculinidade, sendo no corpo e pelo corpo que esta é experienciada e se faz matéria, sobretudo na construção das representações do corpo masculino como um corpo ativo, “inalcançável” à dor e ao processo de adoecimento, por ser fundado na perspectiva da força. Ou seja, a corporeidade surge em sua dimensão de representações e imaginários.

Por fim, observa-se que o usuário masculino – e aqui é importante salientar, assim como os autores, que “as masculinidades encontram-se engendradas no dispositivo da sexualidade humana”, e, enquanto tal, operam regimes de enunciabilidade, fazendo-se corpo e corporificadas no tecido social – requer uma produção de cuidado pautada no que eles denominam acertadamente de uma clínica da diferença, operando na lógica da integralidade.

No artigo “O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?”, observa-se que vida de mulheres e homens trans passam necessariamente pela dimensão da construção da corporeidade enquanto produção de si, em uma perspectiva clara de obter um corpo que se coadune ao gênero desejado. Dessa feita, um caminho possível seria compreender como as mudanças corporais empreendidas se relacionam com a construção das identidades de gênero. O que me leva a pensar os trans pesquisados no artigo a partir da noção de corporeidade, na medida em que apresentá-los remeteria inevitavelmente à constatação acerca de compleições físicas que fogem ao modelo da heteronormatividade, em função de uma mera “convergência genital”.

Os autores Pablo Cardozo Rocon, Alessandro Rodrigues, Francis Sodré, J sio Zamboni e Mateus Dias Pedrini afirmam que a vida das pessoas trans parece ter como base central a transforma o com vistas   adequa o desse corpo. Para tanto, diversas estratégias serão mobilizadas nesse processo, transforma es corpóreas que variam do uso de hormônios, aplica o de silicone industrial, realiza o de cirurgias plásticas, histerectomias e mastectomias, além da transgenitaliza o, entre outros recursos.

O que se observa no trabalho   que, diante dessa mobiliza o de estratégias diversas e das “particularidades e singularidades” no que tange aos deslizamentos com vistas às modifica es corporais,   urgente que o Estado e os serviços públicos de saúde operacionalizem “tratamentos diferenciados e atendimentos especializados”. Assim, o artigo em questão, na contramão da maioria dos trabalhos que pensam a promo o e proposi o de a es sobre a saúde da popula o trans, apresenta “propostas, solu es e reivindica es apresentadas por pessoas trans aos seus atendimentos nos serviços de saúde no âmbito do Sistema  nico de Saúde.”

Metodologicamente, a investiga o foi realizada por meio de pesquisa qualitativa e aplica o de entrevistas semiestruturadas, além da utiliza o de diário de campo. Os entrevistados residiam em municípios da região metropolitana da grande Vitória, Estado do Espírito Santo, com idades que variavam entre vinte e 53 anos. A análise de conteúdo foi organizada em torno de dois eixos centrais, estruturantes para a compreensão do material apresentado: “O que esperam pessoas trans para o acesso   saúde?” e “O que esperam pessoas trans do Sistema de Saúde para a transforma o de seus corpos?”

As narrativas transexuais apontam necessariamente para a centralidade no que tange às modifica es corporais em suas vidas; no entanto, essas modifica es, em se tratando de transexuais femininos, transexuais masculinos e travestis, v o divergir, claramente. No caso dos transexuais masculinos, observa-se uma demora na incorpora o das demandas desses sujeitos pelo SUS, em um registro temporal que vai de 2008 a 2013, o que vai para além das questões práticas mencionadas pelos autores, tais como a justificativa do caráter experimental das cirurgias de transgenitaliza o para essa parcela da popula o. Temos ainda uma outra dimensão não explorada que aponta para uma espécie de descaso frente aos homens trans, em um desacordo no que tange   interven o nos corpos em transi o, o que gera uma inquieta o teórica na compreensão do referido tema. Como apontam os autores, “a invisibiliza o da sexualidade e da identidade de g nero das mulheres que não vivenciam incompatibilidade entre genitália e sexo atribuído no nascimento desdobram-se na

invisibilização dos homens transexuais com seus gêneros, corpos, sexualidades e desejos.” Os autores apontam também o número incipiente de trabalhos que tratam exclusivamente das transformações corporais realizadas pelos homens trans.

Por fim, ressaltamos que as resoluções e portarias apresentadas ao longo do artigo, que possibilitaram a organização de diversos serviços assistenciais multidisciplinares voltados para a população trans esbarram no modelo biomédico curativista, não sendo eficazes na resposta às demandas dessa população, o que torna urgente um repensar sobre o caráter universal, integral e pautado na justiça e participação social.

O artigo “Construção do estereótipo do ‘macho nordestino’ nas letras de forró no Nordeste brasileiro”, dos autores Aline Veras Moraes Brilhante, Juliana Guimarães e Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Nelson Filice de Barros e Ana Maria Fontenelle Catrib, discute a forma como os diferentes discursos presentes nas diversas “tecnologias sociais” **são mobilizados na produção da masculinidade** – e por conseguinte na produção da feminilidade – na medida em que pensa a dimensão da violência contra a mulher sendo adensada e tecida na urdidura de músicas de forró que constroem, quando interiorizadas, representações sobre o ser masculino.

Os autores apontam para uma relação – que se estrutura sobre um certo determinismo geográfico – na medida em que a imagem de um Nordeste “rude, áspero e violento” tende a estruturar a identidade do homem nordestino, quando estes “internalizam inteiramente as características da terra”, inclusive no reforço à dimensão da violência enquanto constituinte da lógica patriarcal vigente.

Dessa feita, a música surge como operadora de processos de subjetivação por meio da sua capacidade de ser interiorizada e, com isso, forjar identidades, sendo o forró – estilo musical extremamente difundido nas regiões Norte e Nordeste – uma dessas tecnologias que irão reproduzir fartamente, em sua vasta produção, representações hierárquicas de gênero. O artigo em questão visa claramente “compreender a construção e as modificações da identidade de gênero masculina na Região Nordeste, com base no estudo das letras de forró em suas diferentes fases e décadas”.

As músicas escolhidas e detidamente analisadas foram selecionadas e compreendidas enquanto um território semiótico, o que impôs a escolha de letras de representantes icônicos de cada período apresentado, a saber: o forró tradicional, o forró universitário e o forró eletrônico.

As categorias operacionalizadas na análise em questão privilegiaram a imagética masculina, a imagética feminina, a violência de gênero e a nordestinidade, sendo que, nesse artigo em especial, as categorias referendadas são a “imagética masculina” e a “nordestinidade”.

Diante desse passeio pelos meandros do artigo, algumas questões surgem direcionando o nosso olhar a partir das reflexões suscitadas. Que visão de mundo o forró oferece aos receptores que tende a reforçar relações de dominação em determinados contextos sociais? A música aparece no artigo como objeto de apreensão da lógica patriarcal vigente – e, por conseguinte, de expressões de violência – na medida em que banaliza outras formas de violência além da violência contra a mulher e da criação recorrente de estereótipos de gênero, o que faz com que as letras apresentadas venham de encontro à luta das mulheres, dentro do movimento feminista por igualdade de gênero e promoção de direitos humanos. Como referenciado pelos autores, “Os estereótipos hegemônicos de gênero que basilarão a construção da identidade regional e de gênero do nordestino não se arrefeceram com as conquistas feministas, adaptaram-se apenas.”

Outro aspecto a ser destacado no artigo é a análise da ação dos discursos modelando corpos e assujeitando-os a uma determinada representação do masculino e do feminino, o que reforça o caráter hierárquico de geração do humano, na medida em que as músicas funcionam operando sobre os corpos e, nesse caso, adensando a imagética masculina e feminina, produzindo formas de subjetivação. Assim, os autores trazem à tona os discursos hegemônicos presentes nas letras de forró, que tendem a sustentar uma clara assimetria na relação entre os gêneros – importante salientar que, na perspectiva apresentada, não existe lugar para o que estaria no meio caminho, para o fronteiro, para a ambiguidade –, sendo causa da violência e legitimando-a. O aspecto fulcral da análise recai sobre as tecnologias sociais, sobretudo a tecnologia de gênero, operando na construção dos corpos-homens e corpos-mulheres.

O dossiê “Gênero, saúde e corporeidades” nos apresenta com análises pautadas em horizontes teóricos diversos, com aspectos metodológicos altamente pertinentes para as pesquisas qualitativas, sobretudo aquelas realizadas no entrecruzamento entre Ciências Sociais e Humanas e Saúde Coletiva, e aqui destacamos a cartografia como uma dessas possibilidades metodológicas apresentada em toda a sua riqueza. Fundamental aludir à dimensão do gênero e sua importância na construção de análises na área da saúde, confluindo para a produção de corporeidades enquanto fenômenos sociais e culturais e motivos de representações e imaginários.

Submetido em 24/10/17. Aprovado em 25/10/17.

Construção do estereótipo do “macho nordestino” nas letras de forró no Nordeste brasileiro

Aline Veras Morais Brilhante^(a)

Juliana Guimarães e Silva^(b)

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira^(c)

Nelson Filice de Barros^(d)

Ana Maria Fontenelle Catrib^(e)

Brilhante AVM, Silva FG, Vieira LJS, Barros NF, Catrib AMF. Construction of the stereotype of “Northeastern macho” in the Brazilian forró songs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64): 13-28.

The objective is to understand the process of construction and evolution of male gender identity in Brazilian Northeast, based on study of forró songs. Based on analyzes of the lyrics as a semiotic territory, the corpus of research was composed of letters of iconic representatives of each period of forró from the Brazilian composer Luiz Gonzaga to contemporaneity, organized in the following categories ‘Nordestinidade’ (to be from the Northeast), ‘male imagery’, ‘female imagery’ and ‘gender violence’. From the analysis emerged that cultural identity of Northeast was historically consolidated through patriarchal principles. Forró lyrics discourse showed how these principle were adapted to the market laws of a globalized world, progressively perceiving women as a commodity thus legitimizing their subordination. In this context it is emphasized the importance of understanding cultural symbols and their role in the construction of male and female subjectivities in Brazilian Northeast.

Keywords: Gender identity. Culture. Violence against women.

Objetiva-se compreender a construção e as modificações da identidade de gênero masculina na Região Nordeste, com base no estudo das letras de forró. A partir das análises das canções como um território semiótico, o *corpus* da pesquisa conglomerava letras de representantes icônicos, de cada período do forró, incluindo desde o compositor brasileiro Luiz Gonzaga até a contemporaneidade. Este *corpus* organiza-se nas categorias ‘Nordestinidade’, ‘Imagética Masculina’, ‘Imagética feminina’ e ‘Violência de Gênero’. Pode-se apreender que a identidade cultural do nordestino foi historicamente consolidada nos princípios patriarcais. Os discursos do forró comprovaram a adaptação desses preceitos às leis de mercado do mundo globalizado, levando, cada vez mais, a mulher a se perceber como mercadoria e a legitimar sua subordinação. Neste contexto, ressalta-se a relevância da compreensão dos símbolos culturais e de seu papel na construção das subjetividades masculinas e femininas no Nordeste brasileiro.

Palavras-chave: Identidade de gênero. Cultura. Violência de gênero.

^(a,c,e) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Av. Washington Soares, 1321, Bloco S, Sala S-1 - Edson Queiroz, Fortaleza, CE, Brasil. 60811-905. alineveras@unifor.br; janeeyre@unifor.br; catrib@unifor.br

^(b) Instituto de Educação, Universidade do Minho. Braga, Portugal. ju.guimaraess@gmail.com

^(d) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil. nefel@uol.com.br

A masculinidade, assim como a feminilidade e a própria sexualidade, não representa a mera formulação cultural de um dado natural. Há vários modelos de masculinidade construídos de acordo com a inserção do homem na estrutura social, política, econômica e cultural²⁻⁴.

Reiterando a imagem de um Nordeste rude, áspero e violento, estruturou-se a identidade do homem nordestino. Internalizando inteiramente as características da terra, esse homem tornou-se hostil, árido e seco. A violência tornou-se um forte constituinte da sua subjetividade, forjada diante de uma situação sociopolítica específica, baseada e perpetuada pelos princípios do patriarcado^{5,6}.

Neste contexto, os discursos das diferentes tecnologias sociais³, que atuam no contínuo processo de formação de identidades culturais² e das performatividades de gênero^{7,8}, não podem ser ignorados. Tampouco o podem ser as mudanças históricas capazes de abalar os tradicionais quadros de referências responsáveis pelo sentimento de pertença e se coalescer na construção dos processos identitários⁴.

A música opera como produção cultural de grande influência na construção das identidades⁹, sendo o forró um estilo musical que acompanha as mudanças históricas e culturais desde a década 1940, preservando uma grande aceitação pública nas regiões Norte e Nordeste, entre todas as faixas etárias e classes sociais, com letras fortemente marcadas por representações hierárquicas de gênero¹⁰. Este artigo se propõe a compreender a construção e as modificações da identidade de gênero masculina na Região Nordeste, com base no estudo das letras de forró em suas diferentes fases e décadas.

Metodologia

O percurso metodológico demanda breve esclarecimento sobre a inserção das letras nas melodias do forró. Influenciado pelos padrões estéticos estabelecidos no Sudeste do país, Luiz Gonzaga 'criou', na década de 1940, o baião, fugindo do padrão instrumental característico da música nordestina da época. A partir de então, foram estabelecidos os parâmetros que marcariam seu forró como 'tradicional' e 'de raiz'¹¹. A música de Gonzaga, associada a outras tecnologias sociais, como a literatura regional de 1930, contribuiu para a criação da imagem idiossincrática de um Nordeste único e atemporal que, embora nunca tenha existido^{11,12}, foi introjetada, inclusive, pelos nordestinos¹⁰.

É a partir do forró de Gonzaga que grande parte do Brasil constrói uma imagética representativa do Nordeste¹¹. Adquire, assim, o forró *status* de símbolo cultural nordestino¹³.

A partir de outras influências e das mudanças sócio-históricas, o forró sofreu transformações¹⁴, dividindo-se nas seguintes fases¹³:

- . Forró tradicional: iniciado na década de 1940, com Luiz Gonzaga, seguido, dentre outros, por Marinês e Jackson do Pandeiro;
- . Forró universitário: dividido em duas fases. A primeira, a partir de 1975, representada por Alceu Valença, Zé Ramalho, Elba Ramalho, Geraldo Azevedo e Nando Cordel, e, a segunda, na década de 1990, com grupos compostos apenas por homens, como o Falamansa;
- . Forró eletrônico: bandas diversas, compostas por músicos, vocalistas de ambos os sexos e bailarinas.

Compreendendo as canções como um território semiótico, o *corpus* da pesquisa foi composto por letras de representantes icônicos de cada período, buscando-se sempre ouvir a voz feminina, o que levou à exclusão da segunda fase do forró universitário. A coexistência histórica dessas fases evitou um hiato temporal.

Compilamos todas as músicas gravadas por: Luiz Gonzaga e Marinês (forró tradicional), Alceu Valença e Elba Ramalho (primeira fase do forró universitário), Mastruz com Leite (precursora do forró eletrônico), Aviões do Forró, Garota Safada, Saia Rodada e Ferro na Boneca (forró eletrônico contemporâneo). A seleção das músicas ocorreu após leituras exaustivas, orientadas pelos construtos analíticos que reportavam aos modelos de masculinidade e feminilidade e às relações entre os gêneros. Foram selecionadas 617 músicas, organizadas por período e agrupadas nas categorias: 'Nordestinidade', 'Imagética Masculina', 'Imagética Feminina' e 'Violência de Gênero'. Após a exclusão dos discursos redundantes, restaram 188 músicas. O recorte ora apresentado restringe-se às oito músicas selecionadas na categoria 'Imagética Masculina', e uma das músicas da categoria

'Nordestinidade' ("Carcará"). Esta última foi acrescentada a fim de contribuir para a contextualização das demais. De acordo com cada período selecionado e incluído neste estudo, o processo de refinamento das 617 músicas para um total de 188 encontra-se descrito na Figura 1. Esclarece-se que esse procedimento compilatório atingiu um período de seis meses.

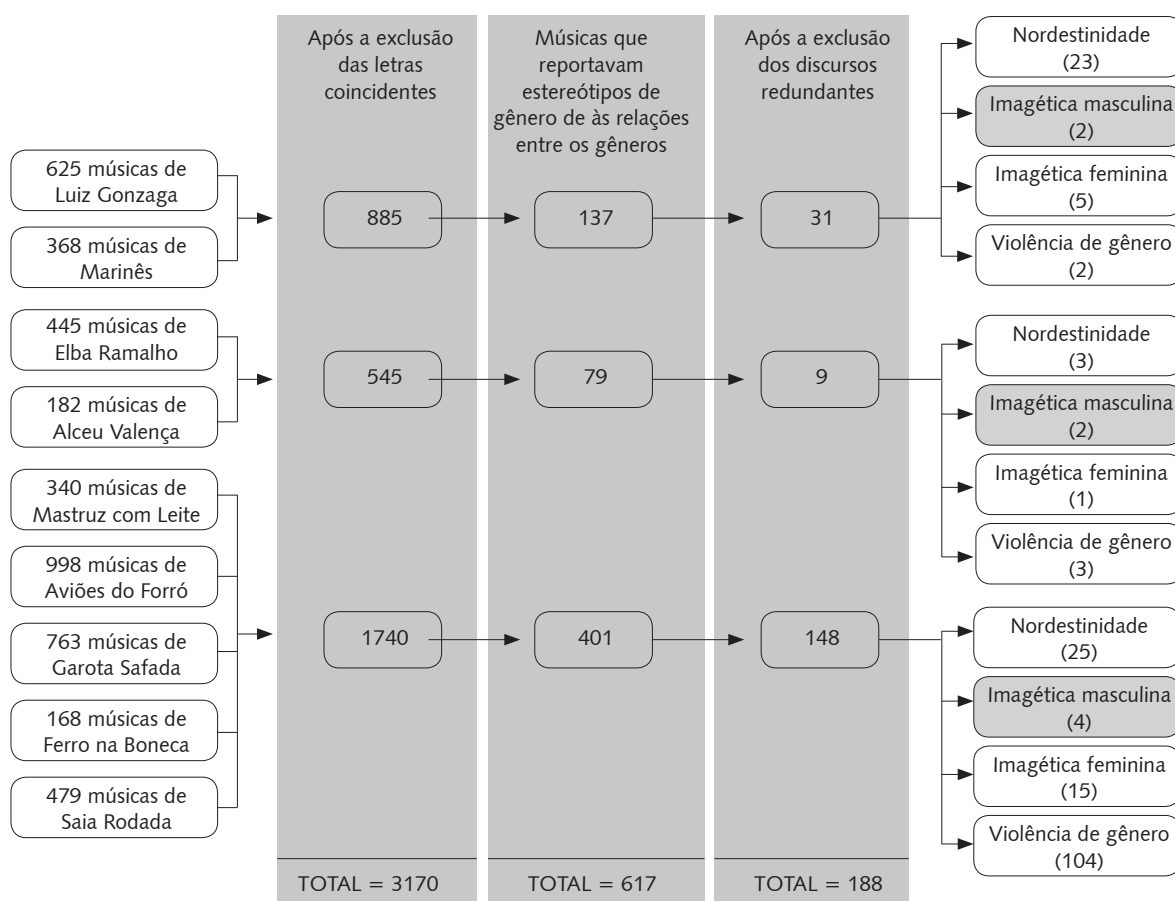


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção do corpus da pesquisa.

As letras foram lidas, as músicas ouvidas e os vídeos, quando havia, assistidos, em média, vinte vezes. Cada letra foi segmentada em unidades de significação, a partir das quais, iniciamos um procedimento minucioso de interpretação, articulando-as entre si e com o contexto sócio-histórico-político em que estavam inseridas¹⁵. Em seguida, trabalhamos as formações discursivas, relacionando-as à ideologia do sujeito para, enfim, interpretar a partir dos sentidos de discursos realizados, imaginados ou possíveis.

A compreensão de 'ideologia' adotada neste ensaio remete ao pensamento althusseriano¹⁶, presente na construção teórica de Stuart Hall:

Por ideologia, refiro-me às estruturas mentais "as linguagens, os conceitos, as categorias, imagens do pensamento e aos sistemas de representação que diferentes classes e grupos sociais desenvolvem com o propósito de dar sentido, definir, simbolizar e imprimir inteligibilidade ao modo como a sociedade funciona¹⁷. (p. 26) (Tradução livre)

Considerando que as performances de gênero(s) relacionam-se diretamente com o poder e a ideologia que moldam a realidade social^{7,18} e que "toda prática social tem condições culturais ou discursivas de existência"⁴ (p. 33) (tradução livre), encontramos um panorama favorável à análise do discurso, aqui utilizada segundo a escola francesa¹⁹, que articula o linguístico ao sócio-histórico e ao ideológico, colocando a linguagem na relação com os modos de produção social. Considerando que o modo como se diz algo tem relação direta com sentidos atribuídos aos discursos, optou-se por se disporem as letras do mesmo modo que foram veiculadas para o público, apesar de se reconhecer o frequente desrespeito à norma culta da língua portuguesa.

Resultados

A violência e a construção da identidade regional do nordestino

Em 1964, foi lançada "Carcará", de João do Vale e José Cândido, regravação como forró por Marinês.

"Carcará
 Lá no sertão
 É um bicho que avoa que nem avião
 É um pássaro malvado
 Tem o bico volteado que nem gavião
 Carcará
 Quando vê roça queimada
 Sai voando, cantando,
 Carcará
 Vai fazer sua caçada
 Carcará come inté cobra queimada
 Quando chega o tempo da invernada
 O sertão não tem mais roça queimada
 Carcará mesmo assim num passa fome
 Os burrego que nasce na baixada
 Carcará
 Pega, mata e come
 Carcará
 Num vai morrer de fome
 Carcará
 Mais coragem do que home
 Carcará
 Pega, mata e come
 Carcará é malvado, é valentão
 É a águia de lá do meu sertão
 Os burrego novinho num pode andá
 Ele puxa o imbigo inté matá
 Carcará
 Pega, mata e come
 Carcará
 Num vai morrer de fome
 Carcará
 Mais coragem do que home
 Carcará
 Pega, mata e come"

A ave de rapina transfigura-se na oligarquia nordestina, que 'inventou' a imagem de um Nordeste exclusivamente seco, a fim de sustentar seu poder político e econômico após a mudança do eixo econômico nacional para o Sudeste cafeeiro²⁰. O Sertão passou a sintetizar a imagética de um novo e único Nordeste, em perene estado de calamidade, ignorando a diversidade geográfica e climática da Região²¹.

O Nordeste seco e pobre tornou-se a bandeira das elites regionais para afiançar o contínuo afluxo de recursos. Seu poder político, enquanto isso, era garantido pelo coronelismo e por uma inventiva guerra de valores entre a tradição Nordestina e a modernidade do Sul/Sudeste. Criava-se mais um par hierárquico reducionista²², que definiu a imagética do Nordeste para o restante do Brasil, marcou o sentimento de pertença do próprio nordestino, e criou uma elaboração imagético-discursiva repleta de xenofobia¹⁰ que se reifica e transpõe regiões.

Expostos a uma situação de exploração, os nordestinos de todas as paragens – o praieiro, o jangadeiro, o boiadeiro, o cotonicultor – identificaram-se com o estereótipo do Nordeste árido, duro e de natureza agressiva, valorizando, sobremaneira, os atributos que garantem a sobrevivência nessas circunstâncias, incluindo a coragem. Mais do que intrepidez e confiança, coragem é sinônimo de bravura e valentia, atributos facilmente confundidos com agressividade. Não há hombridade no Carcará; há valentia, malvadeza... violência.

A violência naturalizada no discurso e na vida do nordestino é ratificada em "Forró de Caruaru" (1955), de Zé Dantas, gravada por Luiz Gonzaga.

"No forró de Sá Joaquina
No Caruaru
Compadre Mané Bento
Só faltava tu
Nunca vi meu cumpadi
Forgança tão boa
Tão cheia de brinquedo,
De animação
Bebendo na função
Nós dancemos sem parar
Num galope de mata
Mas alta madrugada
Pro mode uma danada
Que veio de Tacaratú
Matemo dois sordado
Quatro cabo e um sargento
Cumpadi Mané Bento
Só fartava tu.
Meu irmão Jesuíno
Grudou numa nega
Chamego dum sujeito
Valente e brigão
Eu vi que a confusão
Não tardava começar
Pois o cabra de punhá
Com cara de assassino
Partiu pra Jesuíno
Tava feito o sururu
[...]"

Dança, animação, "forgança" (regionalismo para a palavra folgança, característica do 'folgado', da pessoa despreocupada) e assassinato, todos no mesmo patamar, servindo às malhas do micropoder

que se entrecruzam em todas as esferas, aproximando o homem sem posses dos detentores do poder por meio da violência e arbitrariedade. A motivação para os crimes, “pro mode uma danada” (por causa de uma mulher), revela a transformação da mulher em objeto de posse do homem e o estereótipo feminino como um ser traíçoeiro, que desestrutura; não obstante, o masculino seria a força ordenadora, naturalizando a violência como elemento mantenedor da ordem²³.

O orgulho nordestino introjetou como inatas as características que os artefatos culturais projetaram¹⁰. Essa leitura de base naturalista/determinista contribuiu para um sistema de referência culturalmente constituído, que converge para a criação de uma imagem homogênea e de um sentimento de pertença à Região, em um contexto de intensos conflitos inter-regionais e de barganha de capital^{5,10,21}.

A estrutura patriarcal não é exclusividade do Nordeste brasileiro¹⁰. A particularidade do patriarcado nordestino, contudo, está no contexto em que se fortalece. Abolição da escravidão, ascensão da República, industrialização e transformações políticas do final do século XIX e início do XX – tais eventos se contrapõem ao poder decadente da oligarquia nordestina. Esta, por sua vez, os trata como ‘feminização social’, minimizando os impactos da emergente crise da masculinidade baseada em uma hierarquia de raças, classes e gêneros²⁴.

O binário masculinidade nordestina versus ‘feminização’ do Sul incorporou-se à identidade regional inventada para o nordestino, estando personificada em “Xote dos Cabeludos” (1967), de José Clementino e Luiz Gonzaga, gravada por Luiz Gonzaga.

“Atenção senhores cabeludos
Aqui vai o desabafo de um quadradão
Cabra do cabelo grande
Cinturinha de pilão
Calça justa bem cintada
Costeleta bem fechada
Salto alto, fivelão
Cabra que usa pulseira
No pescoço medalhão
Cabra com esse jeitinho
No sertão de meu padrinho
Cabra assim não tem vez não
Não tem vez não
Não tem vez não
No sertão de cabra macho
Que brigou com Lampião
Brigou com Antônio Silvino
Que enfrenta um batalhão
Amansa burro brabo
Pega cobra com a mão
Trabalha sol a sol
De noite vai pro sermão
Rezar pra Padre Ciço
Falar com Frei Damião
No sertão de gente assim
No sertão de gente assim
Cabeludo tem vez não
Cabeludo tem vez não
Cabeludo tem vez não”

Todos os atributos do “cabra macho” estão representados na coragem fundida com a agressividade, a disposição para o trabalho e a religiosidade. Qualquer imagem diversa desta é

rechaçada, como na expressão “cabra com esse jeitinho”, cujo diminutivo ridiculariza a imagem de um homem com características tomadas como femininas.

Adaptações e resistências do patriarcado

Diante dos processos de modernização do país nos anos de 1970 e 1980 e do avanço do movimento feminista, surgiram novos e sutis mecanismos de controle, como retratado em “Anjo do Prazer” (1985), de Jaguar e Tadeu Mathias, gravada por Elba Ramalho.

“Olha bem nego nesse meu jeitinho
De dançar chorinho
De dançar forró
De brincadeira lá na gafieira
Varo a noite inteira
Gosto de xodó
Tiro de letra um bolero, um tango
Um xaxado, um mambo
Mando bem no pé
Tenho estampado aqui no meu rosto
Sou pra qualquer gosto
Sou de A e B
Anjo da noite, bandido”

Já no título, a voz feminina denomina-se “anjo do prazer”, título envolto em sensualidade e que expressa liberdade sobre o corpo, o comportamento e a sexualidade da intérprete. Ela ocupou o espaço externo – a gafieira – e permite-se gostar “de um xodó”, expressando abertamente seu desejo.

A tradição, todavia, é essencialmente conservadora e está presente mesmo nos períodos de mudanças históricas²³. A aparente libertação do (des)mando masculino no que tange à sexualidade feminina, oculta outro tipo de submissão. “Sou pra qualquer gosto” – ela afirma –, após listar para o “Nego” uma série de qualidades sobre suas aptidões como dançarina e sua volúpia. De um modo sutil, coloca-se como um produto, cuja embalagem é compatível com a função oferecida, já que ela tem “estampado no rosto” ser “pra qualquer gosto”.

A preposição “de”, com seu implícito sentido de posse, foi a escolhida pela personagem ao declarar ser de “A” e “B”, o que coloca por terra a ideia de sua suposta libertação, assumindo que só se pode pertencer a um dono, a alguém hierarquicamente superior. Na música em questão, a mulher não pertence a um homem, ela pertence a “A e B”. As letras do alfabeto, como incógnitas de uma equação matemática, sugerem uma inespecificidade, corroborada pelo conectivo aditivo “e”, sugerindo que ela pertence aos homens em geral, o que faz dela um “anjo da noite, bandido”, assim como eram consideradas as mulheres que se permitiam expressar sua sexualidade e ocupar um ambiente diverso do lar.

Enquanto a sexualidade feminina continuava a ser regulada, a violência ainda era celebrada como uma característica masculina, como se observa na música “Martelo a Bala e Facão” (1974), de Sérgio Ricardo, gravada por Alceu Valença.

“Zé Tulão é chegada a tua hora
Vá fazendo o teu último pedido
É na faca é na foice é no estampido
É no verso é na rima e sem demora
Já que tu vai correr comece agora
Que no fim da peleja esta Maria
Vai levar das minhas mãos a luz do dia
Que só sendo jagunço em qualquer lida

Pode o cabra possuir tudo na vida
E entregar a uma mulher toda alegria

Treme a terra e o trovão se arreventa
Toda vez que um vaqueiro se enfurece
Mãos pro céu se levantam numa prece
Corre o fraco e o forte não se aguenta
Para o rio o mar não se movimenta
E se então é por amor a luta dobra
Pois coragem de amar tenho e de sobra
Se acabou Zé do Cão prepara a cova
Que eu te pego te alejo e dou-te sova
E te faço rastejar pior que cobra

É o inferno no meu canto de guerra
Pois consigo arrancar da pedra o pranto
O meu nome é temido em todo canto
Onde voam as aves sobre a terra
E se existe um amor atrás da serra
Não há nada que feche o meu caminho
Eu enfrento a vereda e todo espinho
Ouve bem Zé Tulão segura o tombo
Que eu te capto te esfolo caço e zombo
Sou leão e tu és o passarinho

Se é o inferno no teu canto de guerra
É no inferno o meu canto de paz
Por amor eu derrubo Satanás
Bem e mal são a luta desta terra
Mas comigo o que é mal a lança ferra
Corre Cão Pé de Vento e Lúcifer
Corre todo diabo que vier
Pelo bem desse amor digo e não nego
Eu enfrento um batalhão e não me entrego
Zé do Cão tu pra mim é uma mulher”

Apesar das amplas críticas ao modelo hegemônico de masculinidade, desencadeadas em função do avanço do movimento feminista e da modernização das relações entre os gêneros, ainda prepondera a sua associação com virilidade, competição e violência.

Virilidade, consumo e masculinidades em tempos de globalização

As conquistas feministas das últimas décadas modificaram a balança da economia familiar, alterando as relações intrafamiliares e sociais de poder/saber e os padrões normatizantes da família e da sociedade²¹. Em contrapartida, emerge uma série de discursos objetivando controlar a emancipação feminina e preservar características basilares da masculinidade hegemônica, adaptando-a ao mundo globalizado²⁵.

Ignorando as estruturas sociais em movimento, as músicas ilustram um novo estereótipo: um homem – cada vez mais cidadão – que adapta a força e a virilidade do vaqueiro tradicional às leis de consumo e às demandas da globalização e do neoliberalismo⁹.

Vejam “Vida de Vaqueiro” (1993), de Ednir, gravada pela banda Mastruz com Leite.

“Quando o claro do sol vai despontando
 Por detrás das montanhas lá da serra
 Abro a porta e sinto o cheiro da terra
 Do poleiro do quintal canta o galo
 Boto a cela no lombo do cavalo
 E depois de tomar meu café
 Com carinho, amor e muita fé
 Vou tocando minha vida de gado

Sou vaqueiro, e vivo apaixonado
 Por forró, vaquejada e mulher
 Sou vaqueiro, e vivo apaixonado
 Por forró, vaquejada e mulher

O que vejo de belo no sertão
 É o gado comendo na colina
 O sorriso na boca da menina
 E o segredo que tem seu coração
 Meu forró e as festas de São João
 Santo Antônio, São Pedro e São José
 O meu vício você já sabe qual é
 Me perdoe se isso for pecado

Sou vaqueiro e vivo apaixonado
 Por forró, vaquejada e mulher
 Sou vaqueiro e vivo apaixonado
 Por forró, vaquejada e mulher”

Apresentado na primeira e terceira estrofes, o cenário bucólico remete a uma fantasia que ignora o poder estrutural que esteia a vida nas fazendas, servindo apenas para ressaltar conceitos associados à figura idealizada: força e coragem. O refrão, contudo, descortina a ideia central – “Sou vaqueiro e vivo apaixonado por forró, vaquejada e mulher” –, reforçando os ideais de força, coragem e virilidade, atribuídos à masculinidade.

Neste contexto, a imagética da mulher não apenas ajuda a comercializar uma série de produtos, mas torna-se ela própria o produto à venda, como na música “Dinheiro na Mão, Calcinha no Chão” (2005), de Jailson Nascimento, gravada pela banda Saia Rodada.

“Olha que eu tenho uma gatinha muito cara
 E eu já gastei mais de um milhão
 E quando ela foi me conhecer ela disse:
 Tá liso, quero não.

Mas se o dinheiro tá na mão
 Não precisa ser gatão
 Mas se o dinheiro tá na mão
 Não precisa ser gatão
 Mas se o dinheiro tá na mão
 Não precisa ser gatão

Olha que eu tenho uma gatinha muito cara
 E eu já gastei mais de um milhão
 E quando chamou pra passear ela disse:

A pé? Vou não.

Mas se o dinheiro tá na mão
Eu só ando de carrão
Mas se o dinheiro tá na mão
Eu só ando de carrão
Mas se o dinheiro tá na mão
Eu só ando de Hillux

Olha que eu tenho uma gatinha muito cara
E eu já gastei mais de um milhão
E quando chamou pra viajar
De ônibus? Quero não.

Mas se o dinheiro tá na mão
Eu só ando de jatinho
Mas se o dinheiro tá na mão
Eu só ando de jatinho
Mas se o dinheiro tá na mão
Avião é pobre

Olha que eu tenho uma gatinha muito cara
E eu já gastei mais de um milhão
E quando chamou para um motel, ela disse:
De graça? Tá louco?

Mas se o dinheiro tá na mão
A calcinha tá no chão
Mas se o dinheiro tá na mão
A calcinha tá no chão
Mas se o dinheiro tá na mão
A calcinha tá no chão"

A massificação do estereótipo da mulher interesseira desloca-o para a totalidade das mulheres²⁶, balizando preconceitos e violências que, em um processo de retroalimentação com a divisão sexual do trabalho e a responsabilização feminina pelas atividades domésticas, compõem as estruturas que sustentam o poder patriarcal. Em "Vida de Playboy" (2006), de Wesley Safadão, gravada pela banda Garota Safada, a relação comercial é exposta sem eufemismos e não requer maiores explicações.

"Sou forrozeiro, 100% biriteiro,
Mas só gasto meu dinheiro se a mulher for avião.

Vida de playboy é uma coisa maravilhosa,
Não falta mulher gostosa no meu carro turbinado
E o som arregaçado só querendo cortiçãõ.
Estar na minha casa é somente alegria, mulherada e cachaçada,
Uma grande putaria, sacanagem de montão só querendo cortiçãõ.
Forró e vaquejada,
Procuró mulher safada,
Que na hora da trepada
Me chame de gostosão.
Mulher raparigueira

Que na hora da zueira,
 Aguento e passe a noite inteira
 Pra matar o meu tesão.

Sou forrozeiro, 100% biriteiro,
 Mas só gasto meu dinheiro se a mulher for avião.
 Sou playboyzinho, 100% mauricinho
 Só pego pitelzinho, sou tremendo 'garanhão''

O termo “trepada” remete a um ato meramente físico que visa à satisfação plena do homem consumidor, enquanto a mulher é despersonalizada e sujeitada a essa ideologia, uma vez que, se “não falta mulher gostosa no meu carro turbinado”, há complacência e aceitação, ocasionada pela internalização do discurso do dominador pelo dominado.

A homofobia também aparece nas letras do forró, como ilustra “Caçador” (2013), de Dorgival Dantas, interpretada pela banda Ferro na Boneca.

“Sou um caçador moro na cidade
 Só ando armado prestando atenção
 Olhando pra frente pra trás e pro lado
 Não tem quem escape da minha visão

De todas as caças que eu já cacei
 A mais complicada eu vou lhe dizer
 Se chegar perto e ela corre
 Pode ter certeza que é o veado

Corre veado,
 Corre veado
 Se não eu te como
 Cozido ou assado...”

Os cervídeos não vivem na cidade, lugar onde reside o “caçador” e, desse modo, o termo “veado” não se refere ao animal, tratando-se de uma referência jocosa aos homossexuais masculinos. Além desta violência moral e psicológica, observa-se a naturalização da violência física e sexual, expressa na associação do verbo “comer” com a advertência “corre veado”, refletindo a natureza homofóbica do não reconhecimento das diversas masculinidades, sendo a elas delegada uma posição abjeta.

Os preconceitos são herdados do passado, e a tradição, mesmo frente a mudanças culturais mais dramáticas, conserva inúmeros fatores culturais preconcebidos. Em uma cultura onde ser “macho” foi o cerne da construção identitária dos homens, as características fundamentais que o definem – força, violência e possessão da mulher –, embora se mesquem com as do homem globalizado – vaidoso e livre de obrigações sociais –, não se perdem. Ao contrário, quando são colocados em dúvida, surgem ainda mais fortes e agressivos, culminando na violência simbólica e concreta.

Discussão

Não existe um padrão específico e único de masculinidade. Diferentes culturas, em diversos períodos históricos, irão estabelecer diferentes manifestações e expressões de “ser homem”²⁷. Em cada estrutura social, política, econômica e cultural, contudo, desponta um modelo de “masculinidade hegemônica”, que estabelece uma série de atributos, valores e condutas específicas^{27,28}.

A identidade regional do nordestino partiu de uma construção que tem como cerne a masculinidade hegemônica estruturada no mundo ocidental através dos anos. O cenário político

e econômico que se estabeleceu na região, contudo, proporcionou um panorama favorável ao fortalecimento das dicotomias, com a valorização da masculinidade nordestina em detrimento da suposta ‘feminização’ do Sul⁵.

Percebe-se, no modelo de masculinidade hegemônica no Nordeste, uma valorização exponencial e imódica de todas as características tradicionalmente atribuídas ao masculino. Se a violência é uma característica historicamente associada ao conceito de masculinidade hegemônica²⁹, no Nordeste ela é reforçada pela identificação, culturalmente construída, do nordestino com a aridez da caatinga e a agressividade atribuída ao clima da região^{5,10}. A agressividade surge não apenas como um atributo imprescindível para a sua sobrevivência, mas como uma qualidade inerente à natureza do caboclo forjado sem medo e detentor de uma rudeza nativa. Contudo, mesmo os modelos hegemônicos sancionados pela sociedade estão em constante (re)construção. Se, no senso comum, ser homem é não ser mulher, a cada ressignificação do papel da mulher na sociedade, desponta uma crise do modelo hegemônico de masculinidade³⁰.

Os séculos XVII e XVIII, com as preciosas francesas e as feministas inglesas; a Revolução Francesa; as mudanças econômicas e sociais provocadas pela industrialização e pela urbanização na Europa e Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX – todos esses períodos foram marcados por avanços feministas e por crises identitárias da masculinidade³¹. Não foi diferente com as conquistas femininas iniciadas na década de 1960; em todos esses períodos, a reação à busca pela emancipação feminina é marcada por hostilidades³⁰.

Os estereótipos hegemônicos de gênero que basilararam a construção da identidade regional e de gênero do nordestino não se arrefeceram com as conquistas feministas, adaptaram-se apenas. Se os anos de 1970 e 1980 assistiram à contínua valorização da agressividade masculina e à desqualificação crescente da mulher que buscava seu protagonismo, a partir da década de 1990, estes eventos encontraram reforço na mundialização do neoliberalismo, com a redução de obrigações trabalhistas e de convenções sociais³². Em um período em que a mulher conquistou o direito ao espaço externo e ao trabalho remunerado, a força da sexualidade como referência de funcionamento biopolítico³³ surge ainda mais pujante.

Nesse construto, a violência não é um fenômeno natural, mas pertence ao âmbito político dos negócios humanos³⁴. Embora sejam diversos os seus tipos e significados^{35,36}, uma condição primordial se destaca nas manifestações dos atos de violência: a relação hierárquica “mando-obediência” em que o perpetrador da violência não reconhece o outro como sujeito, coisificando-o³⁷.

Não é por acaso a crescente exposição do corpo feminino como um produto – de como as mulheres deveriam ser e que os homens deveriam ter – é acompanhada do aumento exponencial do número de mortes de mulheres relacionadas às questões de gênero. Entre 2009 e 2011, o Brasil registrou 16,9 mil feminicídios, sendo o Nordeste a região com as piores taxas³⁸, o que torna a violência contra a mulher um importante desafio para a Saúde Pública, rede intersetorial e sociedade civil.

No mundo regido pelas leis de mercado, o poder econômico – ou antes, sua ostentação – suplanta a força física e une-se à virilidade como importantes mecanismos para a manutenção das estruturas hierárquicas de poder e do sentimento de pertença dos homens ao modelo hegemônico^{39,40}.

As engrenagens da sociedade patriarcal normatizam padrões e os normalizam a partir de técnicas de bom adestramento, que consistem, basicamente, em vigiar e punir⁴¹. O modelo masculino estimulado é o de um homem forte, viril, poderoso e promíscuo, que necessita da mulher-objeto para exercer fidedignamente o seu papel. Ostentar a virilidade, mais do que garantir o pertencimento ao grupo dos ‘homens nordestinos’, passa a significar a inserção no grupo dos ‘homens nordestinos privilegiados’, dado o valor comercial simbólico atribuído ao produto mulher. A cultura exerce um papel importante nesse ponto, ao sexualizar o corpo feminino e fragmentá-lo.

Apesar da coexistência de diversos modelos de masculinidade, a hegemonia de um sustenta e legitima diversas formas de violência contra as masculinidades periféricas⁴²⁻⁴⁴. O Relatório Anual de Assassinato de Homossexuais⁴⁵ registrou 312 assassinatos de gays, travestis e lésbicas no Brasil, em 2013, o que corresponde a um assassinato a cada 28 horas. Ainda segundo a pesquisa, o Nordeste é a região que concentra maior número de mortes homoafetivas, com 43% do total, demonstrando o não reconhecimento das masculinidades alternativas.

Partindo-se do princípio de que a matriz que estrutura a homofobia é a mesma que define socialmente masculinidades aceitáveis⁴⁶, temos que a violência simbólica³² que coloca as mulheres em condição de vulnerabilidade é a mesma que busca anular o neutro, o ambíguo ou o fronteiro^{7,8}, e o faz pelos mesmos mecanismos que sustentam a violência contra a mulher: por meio de chistes, piadas e desqualificação. As instituições patriarcais sempre relativizaram a moral no patriarcado a depender do gênero da pessoa, realidade atualizada na sociedade e nas letras das músicas.

Considerações (que não conseguem ser) finais

A compreensão das vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas descortina a face da violência nelas naturalizadas, sem máscaras, sem pontos cegos. Evidenciar, analisar e criticar os discursos hegemônicos e as diferentes “tecnologias de gênero” que contribuem para a reificação do ser mulher é inadiável, na medida em que se luta contra preconceitos sustentados pela força da tradição²³.

Desse modo, baseados no conceito de tecnologias de gênero de Teresa de Lauretis¹ e no processo de formação de identidades culturais descrito por Joan Scott², fomos buscar nas letras de forró – tecnologia social de importância significativa na construção da identidade cultural do povo nordestino – elementos que sustentem a assimetria nas relações entre os gêneros, sendo causa da violência ou legitimando-a, adquirindo, portanto, um caráter patológico. O foco analítico consiste na tecnologia de gênero (o forró) que atua na construção de mulheres e homens, embora pareça, simplesmente, reproduzir os (pré)conceitos culturalmente vigentes.

Colaboradores

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

Referências

1. Lauretis T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda HB. Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994. p. 206-42.
2. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educ Real. 1995; 20(2):71-99.
3. Scott JW. O enigma da igualdade. Estud Fem. 2005; 13(1):11-29.
4. Hall S. Cultural representation and cultural signifying practices. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University; 1997.

5. Albuquerque Júnior DM. Nordeste. Uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento; 2003.
6. De Faria CN. Puxando a sanfona e rasgando o nordeste: relações de gênero na música popular nordestina (1950-1990). *Mneme Rev Humanidades*. 2010 [citado 6 Jan 2015]; 3(5):1-35. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/149/139>.
7. Butler J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
8. Butler J. *Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”*. New York: Routledge; 1993.
9. Maia AF, Antunes DC. Música, indústria cultural e limitação da consciência. *Rev Mal-Estar Subj*. 2008;8(4):1143-76.
10. Albuquerque Júnior DM. A invenção do Nordeste e outras artes. São Paulo: Cortez; 2009.
11. Santos JF. Luiz Gonzaga, a música como expressão do Nordeste. São Paulo: Brasa; 2004.
12. Fernandes A. Forró: música e dança “de raiz”? [Internet]. In: Anais do 5o Congresso Latino americano da Associação Internacional para o Estudo da Música Popular; 2004 [citado 6 Out 2014]. Disponível em: <http://www.hist.puc.cl/historia/iaspmla.html>.
13. Silva EL. Forró no asfalto: mercado e identidade sociocultural. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2003.
14. Volp CM, Júnior AC. Forró Universitário: a tradução do forró nordestino no sudeste brasileiro. *Motriz*. 2005;11(2):127-30.
15. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*. 2004;24:213-25
16. Althusser L. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Lisboa: Presença; 1974.
17. Hall S. The problem of ideology: marxism without guarantees. In: Morley D, Chen KH, organizadores. *Stuart Hall – critical dialogues in cultural studies*. New York: Routledge; 1996. p. 25-46.
18. Denzin N. *Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
19. Orlandi EP. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes; 2009.
20. Furtado C. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
21. Farias JA. *História do Ceará*. Fortaleza: Edições Livro Técnico; 2007.
22. Derrida J. *Limited Inc*. Evanston: Northwestern University Press; 1977.
23. Gadamer HG. *Verdade e método I*. 13a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
24. Nolasco AS. *Desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
25. Faludi S. *Backlash: the undeclared war against women*. Nova York: Vintage; 1992.
26. Camurça S. Nós mulheres e nossa experiência comum. *Cad Crit Fem*. 2007;1(0):12-25.
27. Connell R. *The men and the boys*. Berkeley: Univ of California Press; 2000.
28. Nascimento MAN. Ladrão sim, bicha nunca! Práticas homofóbicas entre adolescentes masculinos em uma instituição socioeducativa brasileira. *ESC*. 2010;31:67-81.
29. Connell R. *Masculinities*. Berkeley: Univ of California Press; 2005.

30. Honório MD. Cachaceiro e reparigueiro, desmantelado e largadão!: uma contribuição aos estudos sobre homens e masculinidades na região nordeste do Brasil [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, 2012.
31. Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
32. Chesnais F. La mondialisation du capital. Paris: Syros; 1997.
33. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
34. Arendt H. Sobre a violência. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
35. Michaud Y. A violência. São Paulo: Ática; 1989.
36. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
37. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Franchetto B, Cavalcanti ML, Heilborn ML, organizadoras. Perspectivas antropológicas da mulher 4. São Paulo: Zahar; 1985. p. 25-62.
38. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. [citado 8 Set 2014]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php>.
39. Walzer M. Esferas da justiça - uma defesa do pluralismo e da igualdade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
40. Douglas M. O mundo dos bens: vinte anos depois. Horiz Antropol. 2007;13(28):17-32.
41. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
42. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
43. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
44. Soihet R. O corpo feminino como lugar de violência. Projeto História, nº25 - corpo & cultura. São Paulo: Editora da PUC-SP; 2002.
45. Grupo gay da Bahia. Assassinato de homossexuais (LGBT) no Brasil: relatório 2013/2014 [Internet]. Salvador: GGB; 2014 [citado 6 Jan 2015]. Disponível em: <http://www.midianews.com.br/storage/webdisco/2014/02/14/outros/747486191270d149b81fdfe548b921d1.pdf>
46. Brilhante AVM. Gênero, sexualidade e forró: um estudo histórico-social no contexto nordestino [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2015.

Brilhante AVM, Silva FG, Vieira LJS, Barros NF, Catrib AMF. Construcción del estereotipo del "macho nordestino " brasileño en las letras de forró. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):13-28.

El objetivo es comprender la construcción y las modificaciones de la identidad de género masculina en la Región Nordeste, con base en el estudio de las letras de forró. A partir de los análisis de las canciones como un territorio semiótico, el *corpus* de la investigación congrega letras de representantes icónicos de cada período del forró, incluyendo desde el compositor brasileño Luiz Gonzaga hasta el período contemporáneo. Este *corpus* se organiza en las categorías 'Nordestinidad', 'Imagética Masculina', 'Imagética femenina' y 'Violencia de Género'. Se puede captar que la identidad del nordestino fue históricamente consolidada en los principios patriarcales. Los discursos del forró comprobaron la adaptación de esos preceptos a las leyes de mercado del mundo globalizado, llevando cada vez más a que la mujer se percibiera como mercancía y a legitimar su subordinación. En este contexto, se subraya la relevancia de la comprensión de los símbolos culturales y de su papel en la construcción de las subjetividades masculinas y femeninas en el Nordeste brasileño.

Palabras clave: Identidad de género. Cultura. Violencia de género.

Submetido em 13/04/16. Aprovado em 30/11/16.

dossiê

Gênero, Saúde, Corporeidades

Construction of the stereotype of “Northeastern macho” in the Brazilian forró songs

Aline Veras Morais Brilhante(a)

Juliana Guimarães e Silva(b)

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira(c)

Nelson Filice de Barros(d)

Ana Maria Fontenelle Catrib(e)

(a,c,e) Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Av. Washington Soares, 1321, Bloco S, Sala S-1 – Edson Queiroz. Fortaleza, CE, Brasil. 60811-905. alineveras@unifor.br; janeeyre@unifor.br; catrib@unifor.br
 (b) Instituto de Educação, Universidade do Minho. Braga, Portugal. ju.guimaraess@gmail.com
 (d) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil. nelfel@uol.com.br

The objective is to understand the process of construction and evolution of male gender identity in Brazilian Northeast, based on study of forró songs. Based on analyzes of the lyrics as a semiotic territory, the corpus of research was composed of letters of iconic representatives of each period of forró from the Brazilian composer Luiz Gonzaga to contemporaneity, organized in the following categories ‘Nordestinidade’ (to be from the Northeast”, ‘male imagery’, ‘female imagery’ and ‘gender violence’. From the analysis emerged that cultural identity of Northeast was historically consolidated through patriarchal principles. Forró lyrics discourse showed how these principle were adapted to the market laws of a globalized world, progressively perceiving women as a commodity thus legitimizing their subordination. In this context it is emphasized the importance of understanding cultural symbols and their role in the construction of male and female subjectivities in Brazilian Northeast.

Keywords: Gender identity. Culture. Violence against women.

INTRODUCTION

“If money is in hand, the panties are on the floor.” This is how gender relationships have been treated in the lyrics of *farró*, which has contributed to the persistence of stereotypes of a violent masculinity, in spite of the public policies established in Brazil.

Sustainable measures for confronting gender-based violence demand that we break free of the trap of a masculine-feminine binary. Such dichotomies reinforce the power relations and prevent remedial possibilities. Therefore, it is necessary to discuss the hegemonic stereotypes of gender with the aim of deconstructing and resignifying them^{1,2,3}.

Masculinity – like femininity and even sexuality itself – does not represent a mere cultural formulation of a natural fact. There are different models of masculinity constructed in accordance with the insertion of men in the social, political, economic, and cultural structure²⁻⁴.

The identity of the Northeastern man is structured by reiterating the image of the crude, harsh, and violent Northeast. Internalizing entirely the characteristics of the land, this man becomes hostile, arid, and dry. Violence becomes a strong component of his subjectivity: forged daily in a specific sociopolitical situation, based and perpetuated on the principles of patriarchy^{5,6}.

In this context, the discourses of different social technologies³ that function in the continuous formation process of cultural identities² and gender performativity^{7,8} cannot be ignored. Neither should the historical changes, capable of shaking the traditional frames of reference responsible for the feeling of belonging, and to coalesce in the construction of identity processes⁴.

Music operates as a form of cultural production that greatly influences the construction of identities,⁹ and *farró* is a musical style that accompanied historical and cultural changes since the 1940s, preserving a broad public conception of the North and Northeast regions, among all age groups and social classes, with lyrics strongly characterized by hierarchical gender representations¹⁰. This article sets out to understand the construction and modification of the masculine gender identity of the Northeast, based on a study of the lyrics of *farró* in its different phases and decades.

METHODOLOGY

The methodological plan requires a brief clarification regarding the insertion of the lyrics into the melodies of *farró*. Influenced by aesthetic standards established in the Southeast of the country in the 1940s, Luiz Gonzaga “created” the *baião* song genre, moving away from the characteristically instrumental norm of northeastern music of the era. Since then, the parameters that characterized his *farró* as “traditional” and “roots” were established¹¹. The music of Gonzaga, associated with other social technologies such as the regional literature of the 1930s, contributed to the creation of an idiosyncratic image of a singular and atemporal Northeast which, although it had never existed^{11,12}, was internalized even by northeasterners¹⁰.

It was through the *farró* music recorded by Gonzaga that Brazil constructed a representative image of the Northeast¹¹. Thus, *farró* acquired the status of a Northeastern cultural symbol¹³.

By way of other influences and socio-historic changes, *farró* has undergone various transformations, and can be divided into the following phases¹³:

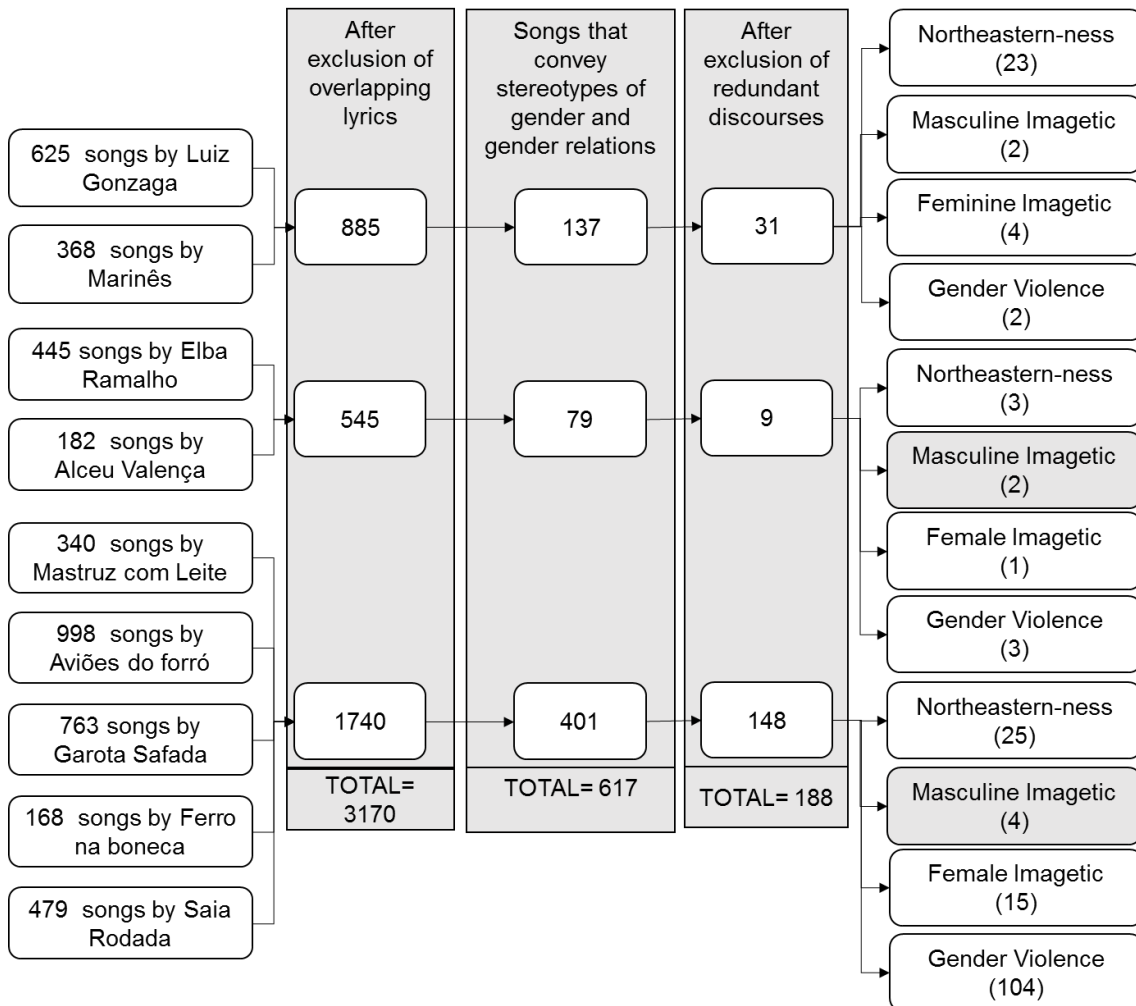
- Traditional *farró*: beginning in the 1940's with Luiz Gonzaga, followed by Marinês and Jackson do Pandeiro, among others.

- “University” *farró*, itself divided into two phases. The first began around 1975, represented by Alceu Valença, Zé Ramalho, Elba Ramalho, Geraldo Azevedo, and Nando Cordel. The second phase began in the 1990’s, with groups comprised only of men, such as Falamansa.
- Electric *farró*: various bands comprised of musicians, vocalists of both sexes, and dancers

Understanding the songs as a semiotic territory, the *corpus* of the research was composed of the lyrics of iconic representatives of each period, always seeking to hear a feminine voice, which resulted in the exclusion of the second phase of “university” *farró*. The coexistence of these phases avoided a time gap.

We compiled all of the songs recorded by Luiz Gonzaga and Marinês (traditional *farró*), Alceu Valença and Elba Ramalho (first phase of “university” *farró*), Mastruz com Leite (precursor of electronic *farró*), Aviões do Furró, Garota Safada, Saia Rodada, and Ferro na Boneca (contemporary electronic *farró*). The selection of songs occurred after an exhaustive examination of the lyrics guided by the analytical constructs that referred to the models of masculinity and femininity, and to the relations between the genders. 617 songs were selected, organized by time period and grouped into the categories Northeastern-ness, Masculine Imagetic, Feminine Imagetic, and Gender Violence. After the exclusion of redundant discourses, 188 songs remained. The selection now presented to us was restricted to eight songs selected in the category Masculine Imagetic and one song in the category Northeastern-ness (“*Carcará*”). The latter was added with the aim of contributing to the contextualization of the others. In accordance with each period selected and included in this study, the refinement process of 617 songs for a total of 188 is described in Figure 1. For clarification, it should be noted that this compiling process took a period of six months to complete.

Figure 1. Fluxogram of the selection process of the research corpus.



The lyrics were read, the songs listened to, and the videos, when available, watched on average 20 times. Each lyric was segmented into units of signification, from which we began a detailed process of interpretation, articulating them among themselves and within the socio-historical and political context in which they occurred¹⁵. We then worked with the discursive formations, relating them to the ideology of the subject in order to interpret them using the meanings of the realized, imagined, or possible discourses.

The understanding of “ideology” used in this essay calls upon the Althusserian¹⁶ thinking found in the theoretical construction used by Stuart Hall:

By ideology I mean the mental frameworks – the languages, the concepts, categories, imagery of thought, and the systems of representation – which different classes and social

groups deploy in order to make sense of, figure out and render intelligible the way society works¹⁷ (p.26).

When we consider that the performances of gender(s) directly relate to the power and ideology that mold social reality^{7,18}, and that “every social practice has cultural or discursive conditions of existence”⁴ (p.33), we find a favorable panorama for the analysis of discourse, utilized here following the French school¹⁹ that articulates the linguistic with the socio-historical and the ideological, placing language in relation to the modes of social production. Considering that the way of saying something has a direct relationship with the meaning attributed to discourses, we opted to make the lyrics available in the same way that they were conveyed to the public, in spite of recognizing the frequent disregard for the formal rules of the Portuguese language.

RESULTS

VIOLENCE AND THE CONSTRUCTION OF THE REGIONAL IDENTITY OF THE NORTHEASTERN MALE

In 1964, the song “Carcará” by João do Vale and José Candido was released, rerecorded as a *forró* by Marinês.

“Carcará	Carcará ⁱ
Lá no sertão	There in the backlands
É um bicho que avoa que nem avião	Is a beast that flies just like an airplane
É um pássaro malvado	It is an evil beast
Tem o bico volteado que nem gavião	It has a hooked beak just like an eagle
Carcará	Carcará
Quando vê roça queimada	When he sees the burnt earth
Sai voando, cantando	He takes off flying, singing
Carcará	Carcará
Vai fazer sua caçada	Going for his hunt
Carcará come inté cobra queimada	Carcará even eats the burned snake
Quando chega o tempo de invernada	When the dry season arrives
Carcará mesmo assim num passa fome	Even then Carcará does not go hungry
Os burrego que nasce na baixada	The lamb born in the lowland

ⁱ Translator’s note: a *carcará* is a bird of prey found in northeast Brazil.

Carcará	Carcará
Pega, mata, e come	Captures, kills, and eats
Carcará	Carcará
Num vai morrer de fome	Will never die of hunger
Carcará	Carcará
Mais coragem do que home	More courage than man
Carcará	Carcará
Pega, mata e come	Captures, kills, and eats
Carcará e malvado, é valentão	Carcará is evil, he's a bully
É a águia de lá do meu sertão	He's the eagle of my backlands
Os burrego novinho num pode andá	The new lambs can't even walk
Ele puxa o imbigo inté matá	He hauls them by their belly and kills them
Carcará	Carcará
Pega, mata e come	Captures, kills, and eats
Carcará	Carcará
Num vai morrer de fome	Will never go hungry
Carcará	Carcará
Mais coragem do que home	More courage than man
Carcará	Carcará
Pega, mata e come	Captures, kills, and eats"

The bird of prey is transfigured into the northeastern oligarchy, which “invented” the image of an exclusively dry Northeast, with the goal of maintaining its political and economic power after the shift of the national economic axis to the Southeastern coffee planters²⁰. The backlands came to synthesize the imagetic of a new and unified Northeast, in a perennial state of calamity, ignoring the geographic and climactic diversity of the Region²¹.

The dry and poor Northeast became the banner of the regional elites under which they asserted the continuous influx of resources. Their political power, meanwhile, was guaranteed by *coronelismo*ⁱⁱ and by an inventive war of values between the traditional Northeast and the modern South/Southeast. They created another reductionist hierarchical binary²² that defined the imagetic of the Northeast for the rest of Brazil, characterized the sentiment of belonging of the northeasterners themselves, and created an imagetic-discursive elaboration replete with xenophobia¹⁰ that reifies and traverses regions.

ⁱⁱ *Coronelismo* (or boss-ism) refers to the political system by which the rural oligarchy maintained power through patron-client relationships during the First Republic (1889-1930), elements of which persist to the present day.

Exposed to an exploitative situation, northeasterners of all regions – the beach-dwellers, the fishermen, the cowboys, the cotton growers – identify with this stereotype of the arid, rough, and naturally aggressive Northeast, valorizing above all the attributes that guarantee survival in these circumstances, including courage. More than intrepidity and confidence, courage is synonymous with bravery and fearlessness, attributes easily confused with aggressiveness. There is no honesty in the *Carcará*; there is courage, ill-will... violence.

The naturalized violence in the discourse and life of the northeastern male is confirmed in "*Forró de Caruaru*" (1955) by Zé Dantas, recorded by Luiz Gonzaga.

"No forró de Sá Joaquina	At the <i>forró</i> of Miss Joaquina
No Caruaru	In Caruaru ⁱⁱⁱ
Compadre Mané Bento	My friend, Mané Bento,
Só faltava tu	All it lacked was you
Nunca vi meu cumpadi	My friend, I've never seen
Forgança tão boa	A party so good
Tão cheia de brinquedo	So full of amusements
De animação	And animation
Bebendo na função	Drinking at the event
Nós dançamos sem parar	We danced non-stop
Num galope de matá	Killing it on the dance floor
Mas alta madrugada	But in the middle of the night
Pro mode uma danada	Because of a damned woman
Que veio de Tacaratu	Who came from Tacaratu
Matemo dois sordado	We killed two soldiers
Quatro cabo e um argento	Four corporals and one sergeant
Cumpadi Mané Bento	Friend Mané Bento
Só fartava tu.	We only lacked you.
Meu irmão Jesuíno	My brother Jesuíno
Grudou numa nega	Grabbed hold of a black woman
Chamego dum sujeito	Some man's sweetheart
Valente e brigão	He was a troublemaker, ready to fight
Eu vi que a confusão	I could tell that trouble
Não tardava começar	Was about to begin

ⁱⁱⁱ Caruaru is the largest city in the interior of Pernambuco, and widely considered the birthplace of the *forró* style.

Pois o cabra de punhá	Because the guy with the dagger
Com cara de assassín	With the face of a murderer
Partiu pra Jesuíno	Made straight for Jesuíno
Tava feito o sururu	And all hell broke loose
[...]"	

Dance, animation, "*forgança*" (regionalism for the world *folgança* or pass-time, characteristic of the "*folgado*" or carefree person) and murder, all on the same level, serving the mesh of micropower that is interlaced through all spheres, bringing together men with no possession with power holders by way of violence and arbitrariness. The motivation for the crimes, "because of a woman," reveals the transformation of the woman into an object possessed by men and the stereotype of the female as a traitorous, destabilizing being. Nevertheless, the masculine force will be the force of order, naturalizing violence as an element to enforce order²³.

Northeastern pride was introjected the characteristics that the cultural artifacts projected as innate¹⁰. This reading of a naturalistic/deterministic base contributed to a culturally constructed system of references, that converges for the creation of a homogenous image and a sentiment of belonging to the Region, in a context of intense inter-regional conflicts and power struggles with the capital^{5,10,21}.

The patriarchal structure is not the exclusive provenance of northeast Brazil¹⁰. The particularity of the northeastern patriarchy, however, is in the context in which it is strengthened. Abolition of slavery, ascension of the Republic, industrialization, and the political transformations at the end of the 19th and beginning of the 20th century – these events counterbalance the decadent power of the northeastern oligarchy. This oligarchy, for its part, treated these processes as "social feminization," minimizing the impact of an emerging crisis of masculinity based on a hierarchy of the races, classes, and gender²⁴.

The binary of northeastern masculinity versus the "feminization" of the South became incorporated into the regional identity invented for the northeastern male, being personified in "Xote dos Cabeludos" (Dance of the Long-hairs" (1967) by José Clementino and Luiz Gonzaga, recorded by Luiz Gonzaga.

"Atenção senhores cabeludos	Attention, long-haired men
Aqui vai o desabafo de um quadradão	A big "square" is going to vent now.
Cabra do cabelo grande	A guy with big hair
Cinturinha de pilão	Skinny waist
Calça justa bem cintada	Well-fitted tight pants
Costeleta bem fechada	Thick sideburns
Salto alto, fivelão	High-heeled shoes with buckles

Cabra que usa pulseira	A guy who wears a bracelet
No pescoço medalhão	A medallion around the neck
Cabra com esse jeitinho	A guy who is this way
No sertão de meu padrinho	In the backlands of my Godfather
Cabra assim não tem vez não	A guy like that has no place
Não tem vez não	Has no place there, no
Não tem vez não	Has no place there, no
No sertão de cabra macho	In the backlands of the tough guys
Que brigou com Lampião	Who fought with Lampião ^{iv}
Brigou com Antônio Silvino	Fought with Antônio Silvino
Que enfrenta um batalhão	Who confront the battalion
Amansa burro brabo	Tame the wild donkey
Pega cobra com a mão	Catch a snake by the hand
Trabalha sol a sol	Work from sun-up to sundown
De noite vai pro sermão	At night they go to the sermon
Rezar pra Padre Cicho	To pray for Father Cicero ^v
Falar com Frei Damião	To speak with Friar Damião
No sertão de gente assim	In the backlands of people like that
No sertão de gente assim	In the backlands of people like that
Cabeludo tem vez não	The long-hair has no place, no
Cabeludo tem vez não	The long-hair has no place, no
Cabeludo tem vez não	The long-hair has no place, no"

All the attributes of the "macho guy" are represented by courage mixed with aggressiveness, the disposition for work, and religiosity. Any image that deviates from this is rejected, such as in the expression "man with this *jeitinho*," the diminutive way of saying "this way" which ridicules the image of a man with characteristics taken as feminine.

ADAPTATIONS AND RESISTENCES OF THE PATRIARCHY

^{iv} Lampião was a famous bandit of the northeastern backlands in the 1930's. Regarded as a figure somewhere between Robin Hood and Jesse James in popular culture, he terrorized both the rural oligarchy and the poor, but made accommodations with both to sustain his gang over many years. Lampião was ambushed and killed by police in 1938, and his gang's severed heads put on display.

^v Both Padre Cicero and Friar Damião figure prominently in the popular religiosity of the northeastern poor at the beginning of the twentieth century. Devotees regarded the former as a miracle-worker, and both are still widely venerated by the many northeasterners who make regular pilgrimages to where they once ministered.

During the processes of modernization in the country in the 1970s and 80s and the advance of the feminist movement, there emerged new and subtle mechanisms of control, as described in “Anjo do Prazer” (Angel of Pleasure, 1985) by Jaguar and Tadeu Mathias, recorded by Elba Ramalho.

“Olha bem nego nesse meu jeitinho	Look here, man, this is my way
De dançar chorinho	Of dancing <i>chorinho</i> ^{vi}
De dançar forró	Of dancing <i>forró</i>
De brincadeira lá na gafieira	Having fun at the dance club
Varo a noite inteira	I pass the whole night
Gosto de xodó	I like a little affection
Tiro de letra um bolero, um tango	I’ll master a bolero, a tango
Um xaxado, um mambo	A <i>xaxado</i> ^{vii} , a mambo
Mando bem no pé	I’m good on my feet
Tenho estampado aqui no meu rosto	It’s written on my face
Sou pra qualquer gosto	I’m good for any taste
Sou de A e B	I belong to A and B
Anjo da noite, bandido”	Angel of the night, bandit”

Already in the title, the feminine voice self-identifies as an “angel of pleasure,” a title reflecting sensuality and expressing the singer’s freedom in relation to her body, behavior, and sexuality. She occupies the external space – the club – and permits herself to enjoy “a little pleasure”, openly expressing her desire.

The tradition, however, is essentially conservative and is also present in the periods of historic changes²³. The apparent freeing from the masculine dominance and abuse regarding female sexuality hides another type of submission. “I’m good for any taste,” she affirms, after listing for the “man” a series of qualities about her aptitude as a dancer and her voluptuousness. In a subtle way, she places herself as a product, whose packaging is compatible with the function on offer, wherein she has it “written on her face” that is she is “for any taste.”

The prepositional clause “belong to,” with its implicit sense of possession, was chosen by the personage to declare she belongs to “A” and “B,” which dispels the notion of her supposed liberation, assuming that she can only belong to one owner, to someone hierarchically superior. In the song in

^{vi} *Chorinho* is a mostly instrumental Brazilian music genre.

^{vii} Dance associated with the northeast.

question, the woman does not belong to a man, she belongs to “A and B.” The letters of the alphabet, like unknown variables in a mathematical equation, suggest a non-specificity, corroborated by the connective conjunction “and,” suggesting that she belongs to men in general, which makes her an “angel of the night, bandit,” just like women who allow themselves to express their sexuality and occupy an environment different from the home were considered.

While female sexuality continued to be regulated, violence was still celebrated as a masculine trait, as we can observe in the song “Martelo a Bala e Facão” (*Martelo*^{viii} with the Bullet and Machete” (1974) by Sérgio Ricardo, recorded by Alceu Valença.

“Zé Tulão é chegada a tua hora	Zé Tulão, your hour has arrived
Vá fazendo o teu último pedido	Go on and make your last wish
É na faca é na foice é no estampido	With knife, with sickle, with shots
É no verso é na rima e sem demora	It’s in the verse and the rhyme without delay
Já que tu vai correr comece agora	Since you are going to run, start now
Que no fim da peleja esta Maria	Because at the end of this fight, this Maria
Vai levar das minhas mãos a luz do dia	Will take from my hands the light of day
Que só sendo jagunço em qualquer lida	Because being a hired gun in any kind of work
Pode o cabra possuir tudo na vida	A guy can have everything in life
E entregar a uma mulher toda alegria	And deliver every joy unto a woman
Treme a terra e o trovão se arrebenta	The Earth shakes and the thunder bursts
Toda vez que um vaqueiro se enfurece	Every time that a cowboy gets angry
Mãos pro céu se levantam numa prece	Hands raised to the heavens in prayer
Corre o fraco e o forte não se aguenta	The weak run and the strong can’t withstand it
Para o rio o mar não se movimenta	The river stops, the sea does not move
E se então é por amor a luta dobra	And if it is for love, it’s twice the struggle
Pois coragem de amar tenho e de sobra	I have courage to love, enough to spare
Se acabou Zé do Cão prepara a cova	It’s all over Zé do Cão, prepare your grave
Que eu te pego te aleijo e dou-te sova	Because I’ll catch you, cripple you and beat you
E te faço rastejar pior que cobra	I’ll make you crawl lower than a snake
É o inferno no meu canto de guerra	There is hell in my war-cry
Pois consigo arrancar da pedra o pranto	Because I can draw tears from a stone

^{viii} The *martelo* is a variant of the 10-line *décima* poetic form originating from the Iberian Peninsula. It is common in the *cordel* chapbook poetry of the northeast and the *repentista* tradition of singer-guitarists who challenge each other to verbal duels, of which this song is an example.

O meu nome é temido em todo canto	My name is feared all over the place
Onde voam as aves sobre a terra	Where birds fly over the earth
E se existe um amor atrás da serra	And if there is love across the mountains
Não há nada que feche o meu caminho	There is nothing that will stand in my way
Eu enfrento a vereda e todo espinho	I'll face every path and every thorn
Ouve bem Zé Tulão segura o tombo	Listen well, Zé Tulão, and don't fall over
Que eu te capote te esfolo caço e zombo	Or I will castrate you, fleece you, hunt and mock you
Sou leão e tu és o passarinho	I am a lion and you are little bird
Se é o inferno no teu canto de guerra	If there is hell in your war-cry
É no inferno o meu canto de paz	There is hell in my song of peace
Por amor eu derrubo Satanás	For love I would defeat Satan
Bem e mal são a luta desta terra	Good and evil is the struggle of this land
Mas comigo o que é mal a lança fera	But with me, the spear wounds what is evil
Corre Cão Pé de Vento e Lúcifer	Run - Dog, Lazybones, and Lucifer
Corre todo diabo que vier	Run, every devil that I see
Pelo bem desse amor digo e não nego	For the sake of this love, I say, I won't deny
Eu enfrento um batalhão e não me entrego	I will confront a battalion and not surrender
Zé do Cão tu pra mim é uma mulher"	Zé do Cão, to me, you are a woman."

In spite of the many criticisms of the hegemonic model of masculinity, unlocked by the advance of the feminist movement and the modernization of relations between the genders, its association with virility, competition, and violence still persists.

VIRILITY, CONSUMERISM, AND MASCULINITIES IN TIMES OF GLOBALIZATION

The feminist achievements of recent decades modified the balance of household economies, altering the inter-family and social relationships of knowledge/power and the prescribed standards of family and society²¹. In contrast, there emerge a series of discourses seeking to control female emancipation and preserve the basic characteristics of hegemonic masculinity, adapting it to a globalized world²⁵.

Ignoring the social structures in flux, the songs illustrate a new stereotype: a man – increasingly an urbanite – that adapts the strength and virility of the traditional cowboy to the laws of consumerism and the demands of globalization and neoliberalism⁹.

Let us look at “Vida de Vaqueiro” (Life of the Cowboy, 1993) by Ednir, recorded by the band Mastruz com Leite.

“Quando o claro do sol vai despontando	When the rays of the sun come shining
Por detrás das montanhas lá da serra	From behind the mountains on the horizon
Abro a porta e sinto o cheiro da terra	I open the door and feel the smell of the earth
Do poleiro do quintal canta o galo	The rooster sings in the chicken coop in the backyard
Boto a sela no lombo do cavalo	I put the saddle on the back of the horse
E depois de tomar meu café	And after my coffee
Com carinho, amor e muita fé	With love, care, and much faith
Vou tocando minha vida de gado	I go on living the cattle life
Sou vaqueiro, e vivo apaixonado	I’m a cowboy, I live in love
Por forró, vaquejada e mulher	With <i>forró</i> , rodeos, and women
Sou vaqueiro, e vivo apaixonado	I’m a cowboy, I live in love
Por forró, vaquejada e mulher	With <i>forró</i> , rodeos and women
O que vejo de belo no sertão	What I find beautiful in the backlands
É o gado comendo na colina	Is cattle eating on the hillside
O sorriso na boca da menina	The smile on the face of a young girl
E o segredo que tem seu coração	And the secret in your heart
Meu forró e as festas de São João	My <i>forró</i> and the parties of St. John’s Day
Santo Antônio, São Pedro e São José	Saint Anthony, Saint Peter, and Saint Joseph
O meu vício você já sabe qual é	And my vice, you already know
Me perdoe se isso for pecado	Forgive me if it is a sin
Sou vaqueiro, e vivo apaixonado	I’m a cowboy, I live in love
Por forró, vaquejada e mulher	With <i>forró</i> , rodeos, and women
Sou vaqueiro, e vivo apaixonado	I’m a cowboy, I live in love
Por forró, vaquejada e mulher	With <i>forró</i> , rodeos and women”

In the first and third stanzas, the bucolic scene relays a fantasy that ignores the structural power that underpins life on the farms, serving only to emphasize concepts associated with the idealized image: strength and courage. The refrain, however, uncovers the central idea: “I’m a

cowboy, in love with *farró*, rodeos, and women," reinforcing the ideals of strength, courage, and virility, attributes of masculinity.

In this context, the imaged of the woman not only aids the commercialization of a series of products, she herself becomes a product for sale, as in the song "Dinheiro na Mão, Calcinha no Chão" (Money In The Hand, Panties On The Floor, 2005), by Jailson Nascimento, recorded by the band Saia Rodada.

"Olha que eu tenho uma gatinha muito cara	Look here, I have a real expensive cute chick
E eu já gastei mais de um milhão	I already spent more than a million
E quando ela foi me conhecer ela disse:	And when she met me, she said:
Tá liso, quero não.	You're broke, I'm not interested.
Mas se o dinheiro tá na mão'	But if money is in the hand
Não precisa ser gatão	You don't need to be handsome
Mas se o dinheiro tá na mão	But if money is in hand
Não precisa ser gatão	You don't need to be handsome
Mas se o dinheiro tá na mão	But if the money is in hand
Não precisa ser gatão	You don't need to be handsome
Olha que eu tenho uma gatinha muito cara	Look here, I have a real expensive cute chick
E eu já gastei mais de um milhão	I already spent more than a million
E quando chamou pra passear ela disse:	And when I go pick her up to go out, she says:
A pé? Vou não.	On foot? Not me, I won't go.
Mas se o dinheiro tá na mão	But if the money is in hand
Eu só ando de carrão	I only ride in a big car
Mas se o dinheiro tá na mão	But if the money is in hand
Eu só ando de carrão	I only ride in a big car
Mas se o dinheiro tá na mão	But if the money is in hand
Eu só ando de Hillux	I only ride in a pickup truck

Olha que eu tenho uma gatinha muito cara

Look here, I have a real expensive cute chick

E eu já gastei mais de um milhão

And I already spent more than a million

E quando chamou pra viajar

And when I pick her up to travel

De ônibus? Quero não.

By bus? Not me, I won't go

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

Eu só ando de jatinho

I only travel by private jet

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

Eu só ando de jatinho

I only travel by private jet

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

Avião é pobre

Airplanes are for poor folks

Olha que eu tenho uma gatinha muito cara

Look here, I have a real expensive cute chick

E eu já gastei mais de um milhão

And I already spent a million

E quando chamou para um motel, ela disse:

And when I go to take her to a motel, she says:

De graça? Tá louco?

For free? Are you crazy?

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

A calcinha tá no chão

The panties are on the floor

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

A calcinha tá no chão

The panties are on the floor

Mas se o dinheiro tá na mão

But if the money is in hand

A calcinha tá no chão"

The panties are on the floor."

The massification of the stereotype of the gold-digger moves to the totality of women²⁶, supporting of prejudices and violence that, in a process of feedback with the sexual division of labor and women made responsible for domestic activities, comprise the structures that sustain patriarchal power. In "Vida de Playboy," (Life of a Playboy, 2006,) written by Wesley Safadão and recorded by his band Garota Safada, the commercial relationship is exposed without euphemisms, requiring no further explanation:

"Sou forrozeiro, 100% biriteiro,

I'm a *forrozeiro*, 100% party animal

Mas só gasto meu dinheiro

But I only spend my Money

se a mulher for avião.

If the woman is hot.

Vida de playboy é uma coisa maravilhosa,

The life of a playboy is a marvelous thing

Não falta mulher gostosa no meu carro turbinado

My turbocharged car has no lack of hot women

E o som arregaçado

With the sound turned way up loud

só querendo curtidão.

Just wanting a big party.

Estar na minha casa é somente alegria,

Here at my place it's only joy

mulherada e cachaçada,

Women and much drinking

Uma grande putaria, sacanagem de montão

A big fuckfest and fooling around

só querendo curtidão.

Just wanting a big party

Forró e vaquejada,

Forró and rodeos

Procuro mulher safada,

I look for a fast woman

Que na hora da trepada

Who, when it comes time to fuck

Me chame de gostosão.

Calls me sexy

Mulher raparigueira

A slutty woman

Que na hora da zueira,

Who when it's time to make some noise

Agente e passe a noite inteira

Can stay up all night

Pra matar o meu tesão.

To satisfy my lust.

Sou forrozeiro, 100% biriteiro,

I'm a forrozeiro, 100% party animal

Mas só gasto meu dinheiro

But I only spend my money

se a mulher for avião

If the woman is hot

Sou playboyzinho, 100% mauricinho

I'm a playboy, 100% preppy

Só pego piteuzinho, sou tremendo "garanhão"

I only screw hot babes, I'm a tremendous stud

The term "*trepada*"^{ix} refers to a merely physical act that seeks the full satisfaction of the male consumer, while the woman is depersonalized and subjected to this ideology wherein, because "there's no lack of hot women in my turbocharged car," there is complacency and acceptance, caused by the internalization of the dominating discourse by the dominated.

Homophobia also appears in the lyrics of *forró*, as illustrated in "Caçador" (Hunter, 2013) by Dorgival Dantas and performed by the band Ferro na Boneca.

^{ix} From the verb "trepar" (to climb), this is a euphemism for fornication.

"Sou um caçador moro na cidade	I'm a hunter, I live in the city
Só ando armado prestando atenção	I'm always armed, paying attention
Olhando pra frente pra trás e pro lado	Looking in front, behind, and to the side
Não tem quem escape da minha visão	Nobody escapes my vision
De todas as caças que eu já cacei	Of all the game that I have hunted
A mais complicada eu vou lhe dizer	The most difficult, I'll tell you
Se chegar perto e ela corre	If you come close, and it runs
Pode ter certeza que é o veado	You can be certain, it's a deer
Corre veado,	Run, deer
Corre veado	Run, deer
Se não eu te como	If not, I will eat you
Cozido ou assado...	Cooked or roasted..."

As deer do not live in the city, the place where the "hunter" resides, and thus the term "*veado*" does not refer to an animal, but instead is a jocular reference to male homosexuals. Alongside this moral and psychological violence, we can observe the naturalization of physical and sexual violence, expressed in the association of the verb "comer" (to eat)^x with the warning "run, deer," reflecting the homophobic nature of non-recognition of diverse masculinities, with them delegated to an abject position.

The prejudices are inherited from the past and from tradition, and even faced with dramatic cultural changes they conserve innumerable preconceived cultural factors. In a culture where to be "macho" is at the heart of men's identity construction, the fundamental characteristics that define them (strength, violence, possession of a woman), mixed with those of the globalized man (vain and free of social obligations) are not lost. To the contrary, when they are in jeopardy, they resurge even stronger and more aggressively, culminating in symbolic and concrete violence.

DISCUSSION

A specific and single standard of masculinity does not exist. Different cultures, in different historical periods, will establish different manifestations and expressions of "being a man" ²⁷. In every

^x "Comer" (to eat) is also a euphemism for sexual intercourse.

social, political, economic and cultural structure, however, there emerges a model of “hegemonic masculinity” that establishes a series of attributes, values, and specific behaviors^{27,28}.

The regional identity of the northeastern male begins with a construction that has at its heart the hegemonic masculinity structured in the western world over the years. The political and economic scenario that has been established in the region, however, provided a favorable panorama to the strengthening of dichotomies, with the valorization of northeastern masculinity in detriment to the supposed “feminization” of the south⁵.

In the model of hegemonic masculinity in the northeast, we can perceive an exponential and excessive valorization of all the characteristics traditionally attributed to the masculine. If violence is a characteristic traditionally associated with the concept of hegemonic masculinity²⁹, in the northeast it is reinforced by the culturally constructed identification of the northeastern male with the dryness of the scrubland and the aggressiveness attributed to the region's climate^{5,10}. Aggressiveness emerges not only as an indispensable attribute for his survival, but as an inherent quality of the nature of the fearless man of the countryside, possessed of a native roughness.

However, even the hegemonic models sanctioned by society are constantly in (re)construction. If, in commonsense thinking, to be a man is to not be a woman, then at every resignification of the role of women in society there emerges a crisis in the hegemonic model of masculinity³⁰.

The seventeenth and eighteenth centuries, with the French *Précieuses* and English feminists; the French Revolution; economic and social changes provoked by industrialization and the urbanization in Europe and the United States at the end of the nineteenth and beginning of the twentieth century – all these periods were characterized by feminist advances and by identity crises of masculinity³¹. This was no different in the feminist advances begun in the 1960s; in all these periods, the reaction to the drive for female emancipation is characterized by hostilities³⁰.

The hegemonic gender stereotypes that form the basis of the construction of regional and gender identity for the northeasterner were not subdued by the feminist advances, they merely adapted. If the 1970s and 1980s saw the continued valorization of masculine aggressiveness and the growing disqualification of the woman who sought her agency, beginning in the 1990s these events found reinforcement in the globalization of neoliberalism, with the reduction of labor obligations and social conventions³². In a period in which the woman gained the right to external spaces and remunerated work, the strength of sexuality as a reference of biopolitical function emerges even more robust.

In this framework, violence is not a natural phenomenon, but belongs to the political realm of human dealings³⁴. Although their types and significations are different^{35,36}, a primordial condition is emphasized in acts of violence: the hierarchical relationship “command-obedience,” in which the perpetrator of violence does not recognize the other as a subject, “thingifying” them³⁷.

It is not a coincidence that the growing exposure of the female body as a product – as something that women should be and that men should have – is accompanied by the exponential increase in the number of deaths of women related to gender issues. Between 2009 and 2011, Brazil recorded 16,900 femicides, with the northeast being the region with the worst rate³⁸, which makes violence against women an important challenge for Public Health, intersectional networks, and civil society.

In a world governed by laws of the market, economic power – or rather, it's the ostentatious show of it – supplants physical force and combines with virility as important mechanisms for the maintenance of hierarchical power structures and of the feeling of belonging of men to the hegemonic model^{39,40}.

The gears of patriarchal society prescribe standards and normalize them via the techniques of training, which consist of monitoring and punishing⁴¹. The masculine model promoted is that of a strong, virile, powerful, and promiscuous man that needs a woman-object to faithfully exercise her role. To show off virility, more than a guarantee of belonging to the group of "northeastern men," comes to signify insertion into a group of "privileged northeastern men," given the symbolic commercial value attributed to the woman-as-product. Culture plays an important role in this point, in sexualizing the female body and fragmenting it.

In spite of the coexistence of different models of masculinity, the hegemony of one of them sustains and legitimates different forms of violence against the peripheral masculinities⁴²⁻⁴⁴. The Yearly Report on Homosexual Homocides⁴⁵ reported 312 murders of gays, transvestites, and lesbians in Brazil in 2013, which corresponds to one murder every 28 hours. According to this report, the northeast is the region with the greatest concentration of homoaffective deaths, with 43% of the total, demonstrating the non-recognition of alternative masculinities.

Assuming the principle that the matrix that structures homophobia is the same one that socially defines acceptable masculinities⁴⁶, then the symbolic violence³² that puts women in a condition of vulnerability is the same that seeks to annul the neutral, ambiguous, or borderline^{7,8}, and which by the same mechanisms sustains violence against women: by way of quips, jokes, and disqualifications. The patriarchal institutions always relativized the morality of the patriarchy depending on the gender of the person, carried out in contemporary society and in the lyrics of songs.

(NON)FINAL CONSIDERATIONS

Understanding the vulnerabilities to which women are exposed uncovers the face of violence to them, naturalized, unmasked, without blind spots. To prove, analyze, and criticize the hegemonic discourses and the different "technologies of gender" that contribute to the reification of being a woman and is urgent to the degree in which one fights against prejudices sustained by the force of tradition²³.

In this way, based on the concept of technologies of gender developed by Teresa de Lauretis¹ and the formation process of cultural identities described by Joan Scott², we look at the lyrics of *farró* – a social technology of significant importance in the construction of cultural identity of the northeastern people – elements that sustain the asymmetry of relations between the genders, being a cause of violence or legitimating it, therefore acquiring a pathological character. The analytical focus consists in the technology of gender (*farró*) that acts in the construction of men and women, although it appears to simply reproduce the culturally current (pre)conceptions.

Contribution of the authors:

All of the authors participated in the discussion of the findings, and the revision and approval of the final version of the article.

References

1. Lauretis T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda HB. Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994. p. 206-42.
2. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20(2):71-99.
3. Scott JW. O enigma da igualdade. *Estud Fem*. 2005; 13(1):11-29.
4. Hall S. Cultural representation and cultural signifying practices. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University; 1997.
5. Albuquerque Júnior DM. Nordeste. Uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento; 2003.
6. De Faria CN. Puxando a sanfona e rasgando o nordeste: relações de gênero na música popular nordestina (1950-1990). *Mneme Rev Humanidades*. 2010 [citado 6 Jan 2015]; 3(5):1-35. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/149/139>.
7. Butler J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
8. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of "sex". New York: Routledge; 1993.
9. Maia AF, Antunes DC. Música, indústria cultural e limitação da consciência. *Rev MalEstar Subj*. 2008;8(4):1143-76.
10. Albuquerque Júnior DM. A invenção do Nordeste e outras artes. São Paulo: Cortez; 2009.
11. Santos JF. Luiz Gonzaga, a música como expressão do Nordeste. São Paulo: Brasa; 2004.
12. Fernandes A. Farró: música e dança "de raiz"? [Internet]. In: Anais do 5o Congresso Latino americano da Associação Internacional para o Estudo da Música Popular; 2004 [citado 6 Out 2014]. Disponível em: <http://www.hist.puc.cl/historia/iaspmla.html>.
13. Silva EL. Farró no asfalto: mercado e identidade sociocultural. São Paulo: Annablume/ Fapesp; 2003.
14. Volp CM, Júnior AC. Farró Universitário: a tradução do farró nordestino no sudeste brasileiro. *Motriz*. 2005;11(2):127-30.
15. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*. 2004;24:213-25
16. Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado. Lisboa: Presença; 1974.
17. Hall S. The problem of ideology: marxism without guarantees. In: Morley D, Chen KH, organizadores. Stuart Hall – critical dialogues in cultural studies. New York: Routledge; 1996. p. 25-46.

18. Denzin N. Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
19. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes; 2009.
20. Furtado C. Formação econômica do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
21. Farias JA. História do Ceará. Fortaleza: Edições Livro Técnico; 2007.
22. Derrida J. Limited Inc. Evanston: Northwestern University Press; 1977.
23. Gadamer HG. Verdade e método I. 13a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
24. Nolasco AS. Desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
25. Faludi S. Backlash: the undeclared war against women. Nova York: Vintage; 1992.
26. Camurça S. Nós mulheres e nossa experiência comum. Cad Crit Fem. 2007;1(0):12-25.
27. Connell R. The men and the boys. Berkeley: Univ of California Press; 2000.
28. Nascimento MAN. Ladrão sim, bicha nunca! Práticas homofóbicas entre adolescentes masculinos em uma instituição socioeducativa brasileira. ESC. 2010;31:67-81.
29. Connell R. Masculinities. Berkeley: Univ of California Press; 2005.
30. Honório MD. Cachaceiro e raparigueiro, desmantelado e largadão!: uma contribuição aos estudos sobre homens e masculinidades na região nordeste do Brasil [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, 2012.
31. Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
32. Chesnais F. La mondialisation du capital. Paris: Syros; 1997.
33. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
34. Arendt H. Sobre a violência. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
35. Michaud Y. A violência. São Paulo: Ática; 1989.
36. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
37. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Franchetto B, Cavalcanti ML, Heilborn ML, organizadoras. Perspectivas antropológicas da mulher 4. São Paulo: Zahar; 1985. p. 25-62.
38. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. [citado 8 Set 2014]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php>.
39. Walzer M. Esferas da justiça - uma defesa do pluralismo e da igualdade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
40. Douglas M. O mundo dos bens: vinte anos depois. Horiz Antropol. 2007;13(28):17- 32.
41. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
42. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
43. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
44. Soihet R. O corpo feminino como lugar de violência. Projeto História, nº25 - corpo & cultura. São Paulo: Editora da PUC-SP; 2002.
45. Grupo gay da Bahia. Assassinato de homossexuais (LGBT) no Brasil: relatório 2013/2014 [Internet]. Salvador: GGB; 2014 [citado 6 Jan 2015]. Disponível em: <http://www.midianews.com.br/storage/webdisco/2014/02/14/outros/747486191270d149b81fdfe548b921d1.pdf>

46. Brilhante AVM. Gênero, sexualidade e forró: um estudo histórico-social no contexto nordestino [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2015.

Translated by James Allen

Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino*

Francisco Anderson Carvalho de Lima^(a)Jonas Torres Medeiros^(b)Túlio Batista Franco^(c)Maria Salete Bessa Jorge^(d)

Lima FAC, Medeiros JT, Franco TB, Jorge MSB. Gender and sexuality in Collective Health: elements for the debate on the production of comprehensive care directed to the male patient. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):29-41.

Ensuring comprehensive health care tomale users has been a major challenge in the context of Collective Health. The intention of this paper is to mapout males in order to bring contributions to health care production directed towards the male user at the same time analyzing the formal health service. Deleuze's, Guattari's, Foucault's and Rolnik's works were used to ground mapping, discursivity, and subjectivization. The user-guide approach is used to map out the itinerary through formal and informal networks thus unraveling the processes related to male subjectivization. From these bases we highlight the importance of the power of the body in providing care in living networks, the comprehension of multiplicity (n-1) as materialized on the individuality of care in the potency of affection, the need for reinvention of the clinic, as well as the urgency to deepen the discussions on gender and sexuality in collective health.

Keywords: Gender and health. Men's health. Micropolitics.

A garantia da atenção integral ao usuário masculino tem se mostrado um grande desafio no contexto da Saúde Coletiva. Pretendeu-se cartografar o macho a fim de trazer aportes sobre a produção do cuidado ao usuário masculino e, com isso, pôr em análise o serviço formal de saúde. Fundamentou-se em Deleuze, Guattari, Foucault e Rolnik para se pensar cartografia, discursividade e subjetivação. Utiliza-se o dispositivo do usuário-guia para cartografar as redes percorridas formais e informais e se desvelar os processos relacionados a modos de subjetivação masculina. A partir disso, afirma-se a importância da potência do corpo na produção do cuidado nas redes vivas, a compreensão da multiplicidade (n-1) materializada na individualidade do cuidado na potência do afeto e a necessidade de reinvenção da clínica, bem como a urgência do aprofundamento das discussões sobre gênero e sexualidade em Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Gênero e saúde. Saúde do homem. Micropolítica.

* Elaborado com base nos resultados finais do Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia Elementos Cartográficos do Macho: apontamentos sobre a(s) sexualidade(s) masculina(s) e gênero a partir da atenção oncológica de Fortaleza – um ensaio sobre a potência do corpo.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará. Av. Mister Hull, 2977, Campus do Pici, Bloco 860, Fortaleza, CE, Brasil. 60356-001. acarvalho.eco@gmail.com

^(b) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. Umirim, CE, Brasil. jonas.medeiros@ifce.edu.br

^(c) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. tuliofranco@id.uff.br

^(d) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Pesquisa e Inovação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

Introdução

Um desafio contemporâneo da Saúde Coletiva no Brasil é a promoção da saúde ao público masculino. Há necessidades específicas relacionadas ao processo de subjetivação capitalística e ao dispositivo da sexualidade masculina, que devem ser consideradas pela atenção à saúde. No Brasil, em 2014, homens jovens apresentavam 4,7 vezes mais chances de morrerem do que mulheres com a mesma idade².

Estudos apontam problemáticas na inserção dos homens nas redes de atenção à saúde – em especial em nível de atenção primária, relacionando o aspecto da socialização masculina engendrada pelo patriarcalismo e pelo machismo – que acabam por interferir de maneira negativa no processo de cuidado, acarretando problemas como a negligência do cuidado de si, a desresponsabilização com o processo de saúde e a violência de gênero, entre outros³⁻⁶.

Diante disso, é lançado em 2009 o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), objetivando reduzir a morbimortalidade masculina e empreender ações que insiram o homem no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, diminuindo custos e aumentando a efetividade das ações. Objetiva, também, qualificar os profissionais de saúde para o atendimento ao público masculino, promovendo ações que acompanhem a singularidade desse público, e orientar homens e familiares acerca de promoção e prevenção de saúde, por meio da implantação de assistência em saúde sexual e reprodutiva⁷.

Todavia, em que medida as proposições dessa política tem contribuído efetivamente para a compreensão da categoria “homem”? Estudos³⁻⁶ apontam a necessidade do constante aperfeiçoamento e modificação da política e das ações dela advindas; pois, mesmo após a sua implementação, aspectos urgentes como a procura e a participação dos homens nos serviços de saúde continuam baixos⁸⁻¹⁰. Além disso, como a implementação dessa política tem contribuído ou pode contribuir com os processos de cuidado masculinos em âmbito micropolítico?

Diante disso, pretendemos discutir os processos de subjetivação masculina e suas implicações para o cuidado em saúde a partir da experiência viva de um usuário-guia com câncer nas redes de atenção à saúde do município de Fortaleza, Ceará, atravessado de diversas maneiras pelas masculinizações, elemento fundamental na constituição de sua rede viva de cuidado. Fazemos uso, neste estudo, do termo subjetivação por expressar um processo que não se reduz a um dado ou ponto de partida essencial. Daí a importância do estudo das linhas, isto é, das relações de forças de sentidos em que nos tecemos em sociedade e mundo e que também nos escapam, esboçando assim outras experiências de sentido ou simplesmente caotizando as já formadas.

A influência do pensamento de Foucault pelos autores que fundamentam nosso trabalho, em particular por Deleuze¹¹, é muito fecunda para essa articulação entre as concepções de subjetividade e sociedade. Assim, tomamos como referência as proposições de Deleuze e Guattari sobre os processos de subjetivação e utilizamos a noção de “dispositivo da sexualidade” de Foucault, sendo que esses elementos constituem análise sobre as práticas discursivas e, por conseguinte, sobre o cuidado em saúde. Investigamos a micropolítica do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde do município de Fortaleza por meio do acompanhamento cartográfico de um usuário-guia e, a partir disso, elencamos a categoria do macho – operado na máquina masculina – para ser (des)territorializada e desenvolvemos construtos que observamos reverberar no agenciamento do cuidado: Corpo sem Órgãos (CsO), afecção, potência – uma invenção da clínica e uma reinvenção de redes¹².

Entendemos que o trabalho em saúde é processual e agenciado e se dá em ato, no encontro¹³. Dessa maneira, o desenho de uma rede de cuidado acontece por meio de intencionalidades e de potências afetivas, determinando a reinvenção de uma clínica que dê conta dos aspectos afetivos e que considere o corpo enquanto uma potência e algo que expande em direção às paixões, que muitas vezes foge ao modelo de saúde *a priori* desenhado e oferecido¹². O que percebemos com isso é o irromper da noção de trabalho criativo, que configura diversos processos de saúde e subjetividade relacionados às concepções de liberdade e autogestão do trabalho¹⁴. Um processo assim pode nos levar a um agenciamento de cuidado que procure investir na potência do usuário e de seu corpo.

Entendemos que um dos pilares da Saúde Coletiva é a interlocução da Saúde Pública com as ciências humanas a fim de inventar processos determinantes de cuidados e mudanças de práticas.

Assim, a contribuição deste trabalho vai no sentido de analisar a produção do cuidado ao paciente masculino por meio da investigação micropolítica dos processos de masculinidade por meio da cartografia¹⁵, o que configura caráter inovador nas pesquisas qualitativas sobre saúde masculina.

Processo metodológico

Este trabalho compõe os resultados parciais da pesquisa compartilhada 'Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: avalia quem pede, quem faz e quem usa', financiada pelo Ministério da Saúde e aprovada por comitê de ética.

Configura-se como de caráter qualitativo de natureza cartográfica e ancora-se nos desvelamentos que irrompem na produção de dados, o qual se dá em ato, no trabalho vivo, em plano existencial. Falar sobre avaliação da produção do cuidado e da micropolítica requer aspectos metodológicos que transcendem a ideia tradicional de pesquisa e cientificidade. Estudos cartográficos na área da Saúde Coletiva têm se mostrado eficazes na apreensão de elementos contingenciais sobre as vivências humanas e sobre o tecido social, proporcionando experiências inovadoras de pesquisa^{16,17}. Cartografia é um termo oriundo da Geografia e assevera um registro do mundo paisagístico que comporta a natureza, um desenho do tempo. Deleuze e Guattari¹⁵ agenciam esse conceito de modo a reterritorializá-lo enquanto paisagens psicossociais cartografáveis em uma perspectiva que circunscreve uma relação horizontal entre pesquisador e objeto.

Como demarcador geral do rumo a se tomar na pesquisa, elencamos o ato de cartografar o "macho" e avaliar de que maneira as relações identitárias reverberam no cuidado em saúde e, com isso, avaliamos a produção do cuidado em saúde no âmbito das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva da micropolítica, pondo o serviço em análise.

Utilizamos o encontro como ferramenta de produção de dados, por meio da implementação de instrumentos conceituais e dispositivos que operam os enunciados no processo de contaminação com os territórios, isto é, uma inserção no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde em âmbito micropolítico. Utilizamos, também, o construto metodológico do usuário-guia, que diz respeito ao acompanhamento intensivo e potente de um sujeito, verbo-corpo-alma, em sua história de vida e em suas técnicas de cuidado, por meio da narrativa e espaços de encontro. Como usuário-guia, entendemos o sujeito nômade sobre o qual nos dedicamos a acompanhar a operação de sua narrativa como história de vida e que é trabalhado na contação de sua história, procurando-se identificar alguns demarcadores que dizem respeito à sua cartografia. Além disso, empregamos o fluxograma analisador¹³ como ferramenta para lançar disparadores de análise.

Em suma, 1) adentramos o campo em oficinas de produção de dados com equipes de profissionais dos três níveis de atenção para a escolha de um usuário-guia; 2) houve uma tentativa de promover uma (des)territorialização¹⁸ no encontro com um sujeito potente que participou ativamente em diversas associações, desenhando e operando sua rede de cuidado (o que fizemos foi meramente nos deixar contaminar com o fluxo desse sujeito e desenhar seu caminhar); 3) demarcaram-se continuamente os rumos seguidos pelo desejo do sujeito em estudo, em seu fluxo ou aprisionamento, repercutindo em suas relações, conforme as linhas que compõem o mapa de sua realidade; 4) por fim, diagramou-se um fluxograma analisador que nos forneceu pistas indicando para onde deveríamos ir e voltarmos para a compreensão do estudo. Convém asseverar que o processo de pesquisa não seguiu necessariamente a ordem numérica aqui estabelecida, cujo fim é de facilitar a compreensão do leitor; e vale ressaltar o incessante processo de leitura e os estudos em grupo ocorridos, bem como as partilhas com os outros grupos envolvidos, o que foi fundamental para a consecução do estudo.

Esse processo imanente de produção de dados se deu no território do município de Fortaleza e de sua região metropolitana, na Atenção Básica e em uma unidade privada de alta complexidade especializada no tratamento de câncer que atende grande parte dos usuários a partir de convênio com o SUS. Além do grupo de pesquisadores, graduandos, mestrands e pós-doutorandos, houve a participação efetiva de profissionais da equipe multidisciplinar; de gestores de unidades de saúde da

atenção básica e da atenção especializada; do usuário-guia; e dos sujeitos que acompanharam o último durante a pesquisa.

Como estratégia para a produção dos conhecimentos analisados, nos debruçamos nas narrativas de todos os atores envolvidos. Como narrativa, entendemos o ato de narrar no âmbito da imanência da enunciação – não simplesmente o fato de dizer. A narrativa, então, compreende a interseção na produção do conhecimento^{19,20} de maneira indutiva e imanente. Estivemos sendo infectados e contaminando o ambiente – o aspecto de narrativa compreende essa interlocução entre o pesquisador e a construção plástica do vivido, seja por meio de entrevistas, conversas, diálogos ou o contato silencioso. Utilizamos, ainda, um diário de campo, que diz respeito ao registro do cartógrafo enquanto antropólogo¹⁸. A partir desses registros, pudemos ruminar todo o conhecimento em processo, bem como que afetos vinham sendo operados e, com isso, pudemos delimitar os rumos a se seguir e os afluentes que se encontravam na correnteza imanente de subjetivação.

Pretensa cartografia do macho: o “cabra-macho” na óptica do cuidado em rede

O usuário-guia autointitulado “sujeito-homem” foi eleito a partir de uma oficina no hospital privado de referência no tratamento do câncer no município de Fortaleza. O usuário é pai da fisioterapeuta da equipe e percebeu-se que este tensiona peculiarmente a equipe de profissionais, envolvendo aspectos diferenciados à dinâmica de cuidado.

A construção do desenho do usuário-guia e sua conseguinte antropofagia iniciaram-se com o entusiasmo em participar da pesquisa por parte da profissional fisioterapeuta filha deste, agenciando os pesquisadores em territórios nos quais decalcavam e desvelavam os devires presentes nos processos identificados e vivenciados. Contudo, o ponto peculiar que demarcou a eleição deste usuário foi a questão do arquétipo do macho presente nas narrativas apreendidas.

Personagens

Sujeito-homem, usuário-guia
Alva, profissional fisioterapeuta filha do usuário-guia
Maria, ex-companheira do usuário-guia e mãe de Alva
Josefa, atual companheira
Eliana, irmã
Dr. Assis, médico do hospital pesquisado
Anderson, pesquisador

Para dar prosseguimento, apresentamos uma diagramação do usuário-guia e de sua vivência de cuidado (Figura 1).

Vivenciando os territórios de cuidado

O usuário-guia tem 79 anos de idade e reside na região metropolitana de Fortaleza. Foi caminhoneiro e hoje é aposentado. Em uma parte do terreno de sua casa, vive Josefa, sua atual companheira, que administra uma creche nesse local. Ela pagava aluguel sobre esse terreno e prédio, mas atualmente não paga mais nada. Sobre isso, durante a oficina, as assistentes sociais, amigas de Alva, pronunciaram “é, ela tá com ele pra não pagar mais aluguel [risos]”, o que demonstrou determinado posicionamento da equipe e de Alva, a filha, com relação ao caso do usuário-guia. O primeiro contato foi por meio da visita à residência do usuário-guia, após a oficina com a equipe e entrevista com Alva no hospital. À primeira vista, o que vem à tona é a relação existente entre a profissional e o usuário, de filha-pai.

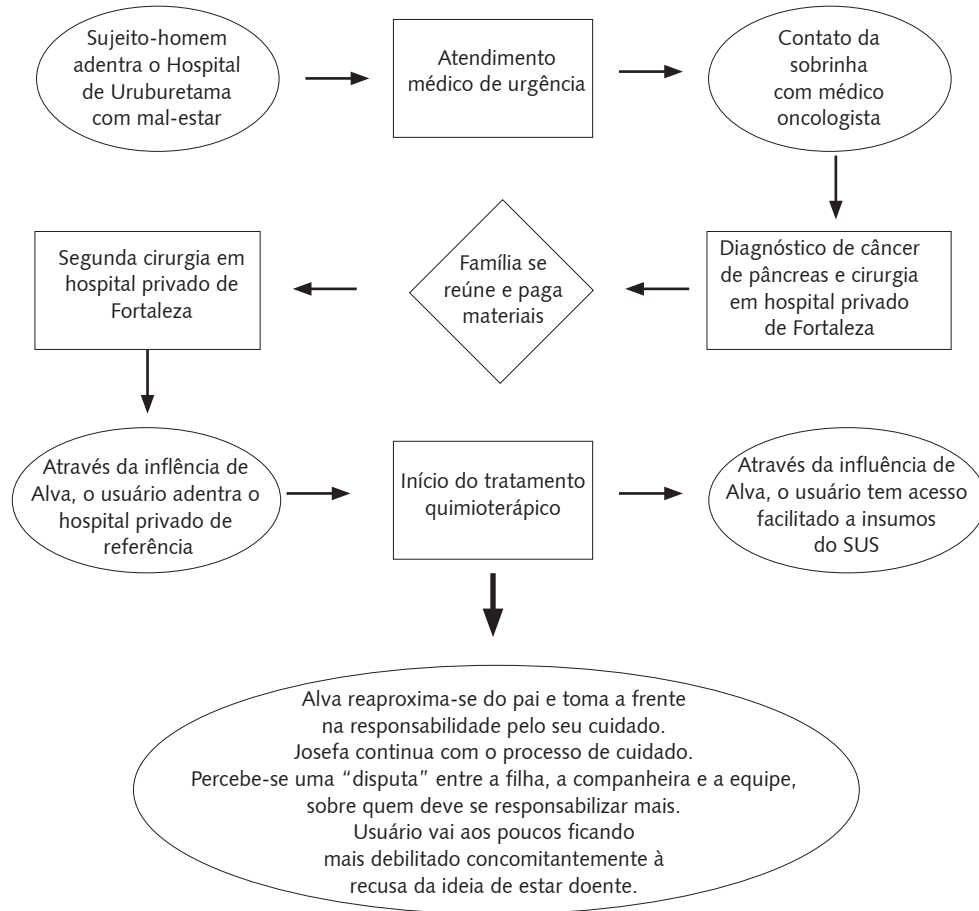


Figura 1. Diagrama analisador

Fonte: Adaptado de Lima¹.

Já o início do relacionamento do sujeito-homem com Josefa se deu a partir de investidas à sua inquilina:

Eu sou meio bruto [...] aí um dia ela veio aqui me perguntar se eu conhecia alguma casa de praia pra alugar pra ela fazer uma festa com o pessoal dela e eu falei "tá me achando com cara de corretor de imóveis?". Mas lembrei que minha irmã tem uma casa na Taíba e pensei "ela tá aí, né, vou aqui jogar um verde, vai que dá certo", aí cheguei pra ela e disse "olha, sou corretor de imóveis não, mas se você quiser tenho uma casa aqui à disposição, qualquer momento que você quiser pode ir lá". Aí arrumei e ela foi pra lá e fui também com a minha irmã, lá deu certo [risos]. (Sujeito-homem)

O relacionamento dos dois iniciou-se em meados de novembro de 2014, quase um mês antes da crise que levou sujeito-homem ao hospital.

A partir do fluxograma anteriormente apresentado, adaptado de Merhy¹³, percebemos características do processo oncológico e do processo masculino de saúde: não há em nenhum momento vivência do usuário na atenção básica, que deveria ser a ordenadora do cuidado. O cuidado oncológico que se dá por via de alta complexidade – e não na atenção básica – traz maiores gastos com o tratamento e reduz as possibilidades de atuação quanto à prevenção²¹. Isso se relaciona com a própria história de vida desse usuário, que opera por meio de um ideário de não adoecimento e imunidade:

Eu sou sujeito-homem, rapaz, essa doença nem passou aqui e eu nunca andei em negócio de saúde porque num preciso disso, não. (Sujeito-homem)

Elas ficam dizendo aí pra eu fazer as coisas, mas eu sou macho, quando eu quero eu faço e vou ficar bom. (Sujeito-homem)

A gente tenta orientar e acompanhar ele pra fazer as coisas direito, mas ele não quer se cuidar, acha que é blindado, nunca foi atrás de cuidar da saúde com nada [...] mas ao mesmo tempo é muito sadio, muito forte [...] quando eu era criança achava que ele era um tipo de super-homem, cresci com essa imagem na cabeça, que ele sempre passa pra gente. (Alva)

Tais aspectos convergem com a ideia de subjetivação masculina que, com relação à saúde, aponta para uma negligência com relação ao cuidado de si²². Sobre isso, convém nos debruçarmos sobre os regimes de enunciabilidade que configuram a cartografia dessa figura masculina: afinal, o que configura um sujeito-homem?

A cartografia toma emprestada da Geografia a noção de cartografar territórios que se movimentam e sua construção e tem em seu uso o emprego do ato de mapear um conceito até as suas últimas consequências, bem como da Botânica a noção de enraizamento oculto, que sustenta a genealogia e o sentido de árvore que se encontra em uma existência arraigada em um território existencial imerso no vivido¹⁸.

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (p. 15)

Assim, devemos discorrer acerca dos devires e por devir compreendemos, com Deleuze e Guattari²³, o conteúdo do desejo: desejar é, pois, passar por devires. Esse conceito é enunciado no *Anti-Édipo*, obra escrita como reação à psicanálise de Freud e Lacan (ainda muito influente na França) e que se propunha explorar novos caminhos para o inconsciente e o desejo. O devir deve ser entendido não como uma generalidade (não há devir em geral); esse conceito vincula-se à existência concreta e sempre singular. Nessa concepção, os devires são realidade, não se assemelham ao sonho ou ao imaginário, mas são a própria consistência do real. Outro ponto fundamental a se destacar, para se pensar o gênero masculino, é o fato de que todo devir é minoritário, sendo um elemento de variação que não se encaixa, que escapa, que se descola. A diferença é devir, conforme Deleuze e Guattari²³, pois “por que há tantos devires do homem, mas não um devir-homem? É primeiro porque

o homem é majoritário por excelência, enquanto que os devires são minoritários, todo devir é um devir minoritário”²³ (p. 87).

Essa colocação nos põe a pensar as ligações entre os devires e as micropolíticas, que nada têm a ver com a maioria, com o exercício do poder hegemônico. O que Deleuze e Guattari²³ nomeiam de “homem” não se refere a gênero ou a uma definição biológica do corpo. Essa noção diz respeito a um modo de organização do poder que se coloca enquanto pretensão polo determinante de dominação: “Por maioria nós não entendemos uma quantidade relativa maior, mas a determinação de um estado ou de um padrão em relação ao qual tanto as quantidades maiores quanto as menores serão ditas minoritárias [...] Maioria supõe um estado de dominação, não o inverso”²³ (p. 87).

A potência dos devires passa pelos modos de vida minoritários e, assim, é possível falar em devir-mulher, devir-criança e devir-animal. Não se trata de formas e sim do fluxo que constitui um corpo²³. Os termos homem e mulher são genéricos e dizem respeito às políticas de gênero e identidade por meio da efetivação das conexões testamentais dessas formas e da produção de subjetividade capitalística²⁴. Por outro lado, o devir-mulher é a tendência de um corpo que flui, dizendo respeito às alianças rizomáticas, afetivas, do Corpo sem Órgãos (CsO) e que fogem às políticas de identidade: uma matéria de odor conceitual pulsante na qual vibram e se movimentam os afetos.

Herdamos uma tradição em que há uma espécie de devir masculino presente na sociedade, em que os homens acabam por gozar de posições privilegiadas dentro da ordem societária ocidental, fruto do tangenciamento de questões como o patriarcalismo e o machismo. Podemos, então, falar de um fluxo masculino universal, por meio do qual, tradicionalmente, retira-se um decalque e se analisa todas as questões²⁵.

A força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica que tende a ratificar a dominação masculina sobre a qual se alicerça: é a divisão sexual do trabalho, distribuição bastante estrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu local, seu momento, seus instrumentos; é a estrutura do espaço, opondo o lugar de assembleia ou de mercado, reservados aos homens, e a casa, reservada às mulheres; ou, no próprio lar, entre a parte masculina, com o salão, e a parte feminina, com o estábulo, a água e os vegetais; é a estrutura do tempo, as atividades do dia, o ano agrário, ou o ciclo de vida, com momentos de ruptura, masculinos, e longos períodos de gestação, femininos. (p. 24)

Destarte, o que Bourdieu²⁵ assevera é a existência desse masculino universal, por meio do qual se depreendem circunstâncias socioculturais em que a potência de afecção masculina sobrepuja a condição feminina, caracterizando e materializando a dominação masculina e a violência simbólica.

Nesse cenário, emerge o devir-mulher, que se configura como a possibilidade de resistência e criatividade. Estar imerso no devir-mulher não significa **ser** uma mulher. O devir-mulher enuncia a imanência de se flutuar e derreter-se nos signos de maneira assignificante, produzindo linhas de fuga e de subjetividade ainda não capturadas e inventadas pela plástica e ética de existência capitalista e consumista, da moral cristã e do masculino universal. Seguindo esse raciocínio, afirmamos que apesar de o devir-mulher não fluir somente na mulher (compreendida genericamente como o humano nascido com uma vagina e com a sexualidade orientada de maneira feminina a se conceber enquanto mulher), não há um devir-homem! O homem já está posto; nesse sentido, não existe fuga.

O usuário-guia encontra-se na via do masculino universal. Não se esforça em manter as posições que lhe são concedidas dentro do tecido social, reverberando em seu cuidado. Demarquemos os seguintes aspectos: 1) sujeito-homem é dono de boa parte do quarteirão, no qual a sua companheira reside como inquilina; 2) é violento com todas as companheiras: com a mãe de Alva, a ex-companheira que fugiu para o interior, e com a atual, usando um tom de voz imperativo e no caso das outras duas agressões, também, físicas; 3) por meio do medo, exerce poder sobre as companheiras e há uma espécie de cuidado agenciado por essas personagens, pois, apesar de não manterem contato direto, Maria ainda envia comida para sujeito-homem, Alva e Josefa disputam sobre quem cuida

melhor e Eliana queria que ele ficasse em sua casa desde o início; 4) sujeito-homem não corta as próprias unhas e cabelos, não cozinha e exige que as companheiras e ex-companheiras o façam. Ou seja, goza do arquétipo do macho, que biopoliticamente gerencia as operações no território existencial das personagens de nossa história.

Todas essas demarcações versam uma construção do cuidado peculiar ao caso, tendo em vista que a ex-companheira fugiu e atualmente o papel de cuidadora é dividido entre Alva e Josefa.

[...] elas têm medo porque ele era violento demais [...] dos filhos ele gosta, mas as mulheres ele maltrata. [...] essa mulher foi embora [...] e ele ficou só, morando nessa casa, emagreceu, foi emagrecendo, definhando, as pessoas achavam até que era depressão, mas já era a doença. Aí essa mulher do lado, que era inquilina dele, Josefa, passou a namorar com ele. Aí foi quem começou a acompanhar o caso dele. (Alva)

Minha mãe ainda tem contato com ele, mas distante. Ela às vezes mandava comida [...] em marmitas [...], ele frequentava a casa da minha mãe mesmo depois de separados, ia lá e mandava a gente cortar a unha e o cabelo dele e a gente cortava... ele não corta as próprias unhas e cabelos. (Alva)

A gente se amigou, mas eu faço o que posso, né [...] contato mesmo de casal a gente não tem porque enfim... (Josefa)

Não se trata de falarmos acerca da história do homem e da mulher, de machismo ou feminismo – apesar de tangenciarmos tais questões – mas sim de pôr em questão a produção do cotidiano na perspectiva das afecções e de como isso reverbera na produção de saúde e no agenciamento de cuidado no SUS.

Na história de sujeito-homem, há uma quebra da rede formal, tendo em vista que o acesso do usuário é facilitado por profissionais familiares. De início, a médica de Uruburetama, sua sobrinha, de pronto entrou em contato com um primo que é médico oncológico e trabalha em um dos hospitais oncológicos da rede do município de Fortaleza e se prontificou a realizar as cirurgias gratuitamente. Após isso, o usuário adentra o SUS por meio do hospital de referência da rede privada e pela influência de Alva, que lá trabalha e facilitou seu acesso, conseguindo determinados materiais que eram necessários e tomando a responsabilidade pelo cuidado.

Os acompanhantes eram a Josefa, eu e meu irmão [...] acabei assumindo o cuidado [...] aí eu pedi pro doutor reencaminhar ele pra cá pra poder facilitar... tudo que fosse preciso fazer, rádio, químio... e como ele também é bem próximo eu teria acesso a ele também. Então [...] as dificuldades que a gente encontrou: foi o fato de ter que ser pelo SUS, mas facilitou porque eu trabalho aqui; a questão do cateter; ele teria que ter também umas bombas; a quimioterapia dele não é uma quimioterapia muito comum [...] eu nem tinha contato com esse tipo de tratamento. Então quando eu fui falar com Dr. Assis, ele falou “precisa de umas bombas e essas bombas são caras, se o SUS não cobrir você vai ter que comprar”. Aí [...] conversei com a menina aqui do setor de administração e ela conseguiu incluir as bombas na PAC dele, o SUS cobriu. E o cateter eu recebi de doação [...] aí a gente pagou pro anestesista, chamamos o médico, que fez o favor de ir lá colocar, ele não cobrou nada pelo serviço. (Alva, filha)

Nesse aspecto, pomos o serviço em análise, uma vez que a rede formal não deu conta do fluxo de maneira efetiva, senão pela intervenção de personagens que não estavam relacionados diretamente com o protocolo. Isso talvez seja o principal demarcador desta pesquisa como um todo, uma vez que, ao se conceber a rede enquanto rizomática, agencia-se outros aspectos que escapam aos protocolos das políticas, estabelecendo linhas de fuga e as agenciando, a fim de garantir continuidade e integralidade do cuidado. A integralidade da atenção é ponto proeminente e que deve ser

cotidianamente discutido de maneira séria e comprometida; é preciso que os serviços se adequem às necessidades de cuidado dos usuários, e não o contrário.

Assim, vemos a imanência da potência do corpo e a produção de seu cuidado¹². É justamente sua rede informal, rede viva, combinada com a clínica dura do serviço, que operará essa potência e, no caso do macho, isso se faz peculiar, uma vez que os enunciados e agenciamentos presentes no masculino operam para a destruição da vida e para a opressão. No nosso caso, percebemos os traços patriarcalistas e machistas que reverberam na saúde e na rede existencial do usuário e dos personagens. O cuidado de si opera na via da violência com o corpo e com a subjetividade posta por modelos de subjetivação capitalísticas que sobrepujam a potência do corpo.

Foi necessário um diagnóstico de câncer, isto é, um balizamento, para se tensionar a questão da masculinidade do sujeito-homem. A mudança de hábitos ocorreu após o rearranjo familiar do usuário, e quem está em questão nesta narrativa são precisamente as mulheres – entre elas, mulheres-filhas e mulheres-esposas –, que tangenciam os devires profissionais (mãe, filha, entre outros) e exercem a potência criativa na plasticidade de suas vidas a partir de um sujeito doente que traz em si toda a cartografia do falo e que, inclusive, fala muito alto com elas.

No mais, o usuário seguiu seu tratamento até o momento de encerramento deste escrito, debilitado, mas recusando-se, ainda, a um devir-doente, agarrando-se com todas as forças à potência de se afirmar perante a morte, excluindo-a de sua vivência. Neste escrito, a morte não é um ponto que possamos abordar com maior aprofundamento, mas é possível observar que esse movimento do sujeito aponta também para uma tentativa de estabelecer linhas de fuga, com o risco da desterritorialização, com os perigos que tal movimento implica: os das linhas de fuga se tornarem linhas de morte, daquilo que tem potencial para a criação tornar-se “pura abolição”. Porém, a grande questão continua sendo a invenção de linhas de desterritorialização. A postura do sujeito-macho se caracteriza quase sempre pelo risco em forçar os limites; no caso, trata-se desse espectro existencial que leva embora quase todo o espírito e quase toda matéria... só é bom o que morre.

Sobre esses aspectos, convém discutirmos elementos de autores como Foucault e Deleuze. Foucault^{26,27} acerca da investigação sobre a sexualidade, relata uma maneira de se empregar os termos dispositivo das disposições sociais, agenciamentos e enunciados científicos, a fim de se compreender as práticas discursivas e não discursivas, apresentando sob um mesmo estatuto as instâncias do poder e saber em análise. Já Deleuze²⁸ considera o dispositivo como um elemento conceitual plural e operatório agenciado nos aspectos de saber, poder e subjetivação (produção de modos de subjetivação). O que chamamos de dispositivo da sexualidade masculina¹ refere-se a elementos presentes na configuração de um corpo afirmado na masculinidade.

Este diz respeito, por conseguinte, a um dispositivo agenciado na produção do cuidado. No âmbito da micropolítica, a enunciabilidade, que opera afecções – masculinidades – por meio do fio condutor do saber-poder engendrados em linhas de forças, desenvolvem práticas de saber e poder enunciadas no discurso do dispositivo da sexualidade masculina. Com isso, a partir da produção de subjetividade, são operadas linhas de subjetivação que anunciam desdobramentos criativos de possibilidades e descontinuidades do sujeito: linhas de fuga. A resistência é o que dá à fuga a condição de possibilidade e não se define como ruptura completa das formas de subjetivação propostas por regimes de saber-poder. É por meio das linhas de subjetivação que se delineiam configurações plásticas, fluxos e devires instituídos na imanência. A capacidade e possibilidade do empreendimento de linhas de fuga, de subversões e de estabelecimento de novas relações de força são operadas pelos próprios sujeitos.

Essa doença nem passou por aqui. Tô como sempre estive. Eu acordo cedo, água as plantas, cuido aqui do meu jardim... tudo aqui fui eu que fiz. Pego o meu carro e saio, quero nem saber... e final do mês eu tô lá no forró, venha aqui pra você ver... próxima vez que você vier você vai ver. (Sujeito-homem)

Todo dispositivo se dá pela condição de novidade e criatividade, por meio da capacidade de transformar-se e de romper os limites impostos e criados por si e para si. Essa capacidade encontra-

se engendradora ao desenho das linhas de subjetivação: uma vez articuladas em pontos de resistência imanentes e inerentes aos dispositivos, são linhas que produzem novas configurações saber-poder-subjetividade, um novo *ethos*, podendo, portanto, antecipar dispositivos²⁸.

Esses elementos do dispositivo da sexualidade masculina e do corpo de um sujeito-macho se apresentam como um sistema aberto (rizoma), que se constitui a partir de um jogo de forças produzido, desenvolvido e operacionalizado pelo engendramento de curvas e regimes, bem como por meio do conjunto de linhas do dispositivo da sexualidade masculina.

A partir da experiência do usuário-guia sujeito-homem, depreendemos que as linhas de força restauram as curvas de visibilidade e os regimes de enunciabilidade, reconfigurando suas bordas e cartografando caminhos que essas instâncias percorrerão: um eterno penetrar nas palavras e nas coisas.

Uma vez a masculinidade sendo admitida como domínio universalizado, diz-se de *performances* discursivas dominantes, ou até mesmo violentas, e também criativas. Diante disso, os processos decorrentes dessas linhas de força não reúnem sob um mesmo bojo um caráter objetificante de semelhanças entre as masculinidades – tal qual a presença genérica de um pênis –, mas sim enunciam as diferenças entre estas. O nosso esforço, portanto, versou sobre a concepção das masculinidades de maneiras hegemônicas advindas das estratégias discursivas do poder – e sua relação com o saber e a ética – e a identificação, nomeação de diferenças e possíveis fluxos esquivo. A diferença traz em seu bojo o fio condutor da produção de nomes e de singularizações e produz efeitos e verbos-forma: espetáculo. Vibra na frequência do corpo potente, engendradora nas relações de poder.

Considerações finais

O cuidado em saúde agencia diversos elementos micropolíticos. À guisa da integralidade da atenção, percebemos o esforço empreendido pelas normas, serviços e trabalhadores autogeridos em dar resposta e ordem a uma linha de cuidado com um sujeito ativo em situação clínica. Há o esforço biopolítico contemporâneo de se desenhar redes e comportar os corpos em um agenciamento enunciativo de cuidado visando a saúde. Mas em que medida nosso trabalho e formação asseguram tal perspectiva?

O usuário masculino apresenta necessidades específicas que, por vezes, os serviços de saúde não conseguem ou não se dispõem a acolher. Essa discussão já ocorre no campo da saúde do homem no Brasil, porém, as masculinidades encontram-se engendradas no dispositivo da sexualidade masculina, o que atravessa todo um regime de enunciabilidade corporificado no tecido social. Para se pensar a produção do cuidado ao usuário masculino, é necessário se pensar em uma clínica da diferença.

Há de se entender que o usuário é vivo: atua – assim como nós trabalhadores e pesquisadores – e, por conseguinte, participa da construção cotidiana do exercício da saúde coletiva no âmbito relacional. É, portanto, por meio da investigação micropolítica que podemos lançar luz sobre desafios que nos surgem acerca da integralidade. É por meio da experiência e da experimentação que podemos construir um sistema de saúde com os princípios éticos do SUS, expandir a clínica, inventar redes e viver a experimentação e autogestão do cotidiano de saúde.

Portanto, esse usuário muitas vezes lança mão de linhas de fuga a fim de combater as linhas de destruição societárias corporificadas nas políticas genéricas de identidade. O usuário trilha seu próprio caminho no jogo de possibilidades rizomático e imanente. O usuário é nômade e a clínica deve segui-lo, e não guiá-lo. Assim, podemos empreender uma produção do cuidado integral.

Colaboradores

Francisco Anderson Carvalho de Lima, Jonas Torres Medeiros, Túlio Batista Franco e Maria Salette Bessa Jorge participaram da elaboração intelectual, delineamento, levantamentos, análises e interpretações, discussão dos resultados, redação, revisão e aprovação da versão final a ser publicada. O autor principal realizou o trabalho de campo.

Referências

1. Lima FAC. Elementos cartográficos do macho: apontamentos sobre a(s) sexualidade(s) masculina(s) e gênero a partir da atenção oncológica de Fortaleza – um ensaio sobre a potência do corpo. [trabalho de conclusão de curso] Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: tábua completa de mortalidade 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 27 Jan 2016]; 26. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf.
3. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JNF, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):607-14. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>.
4. Bertolini DNP, Simonetti JP. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):722-7. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140103>.
5. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Morais GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):628-34. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>.
6. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):615-21. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília; 2008 [citado 21 Jul 2016]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/saudedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf.
8. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):597-610. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0611>.
9. Nascimento LV, Machado WD, Gomez DS, Vasconcelos MIO. Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. *Rev Baiana Saude Publica*. 2014; 38(1):95-114. <https://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380100015>.
10. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2607-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.
11. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 2005.
12. Franco TB, Galavote HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 176-99.
13. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

14. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saude Soc.* 2015; 24(1):102-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01009>.
15. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 2014. v. 1.
16. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(38):663-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>.
17. Martines WRV, Machado AL, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Rev Tempus Actas Saude Colet.* 2013; 7(2):203-11. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1354>.
18. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
19. Gomes MPC, Merhy EE, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.
20. Deleuze G. *Nietzsche*. Lisboa: Edições 70; 2007.
21. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):105-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
22. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):97-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100016>.
23. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 2012. v. 4.
24. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
25. Bourdieu P. *A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica*. Rio de Janeiro: BestBolso; 2014.
26. Foucault M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 2a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
27. Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 23a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007. p. 243-77.
28. Deleuze G. Que és un dispositivo? In: Balbier E, Dreyfus H, Deleuze G, Frank M, Glucksmann A. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa; 1999. p.155-63.

Lima FAC, Medeiros JT, Franco TB, Jorge MSB. Género y sexualidad en Salud Colectiva: elementos para la discusión sobre la producción del cuidado integral para el usuario masculino. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):29-41.

La garantía de la atención integral para el usuario masculino ha demostrado ser un gran desafío en el contexto de la Salud Colectiva. Se pretendió hacer la cartografía del macho para proporcionar contribuciones sobre la producción del cuidado al usuario masculino y, de esa forma, analizar el servicio formal de salud. Se utilizaron como fundamento Deleuze, Guattari, Foucault y Rolnik para pensar la cartografía, la discursividad y la subjetivación. Se utiliza el dispositivo del usuario-guía para cartografiar las redes recorridas formales e informales y para revelar los procesos relacionados a modos de subjetivación masculina. A partir de eso, se afirma la importancia de la potencia del cuerpo en la producción del cuidado en las redes vivas, la comprensión de la multiplicidad (n-1) materializada en la individualidad del cuidado de la potencia del afecto y la necesidad de reinención de la clínica, así como la urgencia de la profundización de las discusiones sobre género y sexualidad en Salud Colectiva.

Palabras clave: Género y salud. Salud del hombre. Micro-política.

Submetido em 02/08/16. Aprovado em 03/02/17.

O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?

Pablo Cardozo Rocon^(a)Francis Sodré^(b)Jésio Zamboni^(c)Alexsandro Rodrigues^(d)Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro^(e)

Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. What trans people expect of the Brazilian National Health System?. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):43-53.

This article discusses the criticisms and suggestions made by transgender people to guarantee their access to the public health services, and regarding the health promotion through comprehensive care actions in the Brazilian National Health System (SUS). Semi-structured interviews were conducted, recorded on digital audio, transcribed and subject to content analysis. The interviews suggested the need of lifelong education to health workers, in order to reverse the present discrimination, the disrespect regarding the social name and the difficult dialogue between professionals and transgender users hampering access to public health. It is pointed out the need to universalize hormone therapy and silicone implants, and requests a multidisciplinary care to transgender health as ways to ensure the care and safety required for the body transformation processes.

Keywords: Transgender people. Access. Health. Body. Gender. Brazilian National Health System.

Este artigo discute as críticas e sugestões apresentadas por pessoas trans para garantia de seu acesso e da promoção de ações para cuidado integral de sua saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, transcritas e realizada análise de conteúdo. Apontou-se a formação continuada para trabalhadores da saúde, com o objetivo de reverter a realidade de discriminação, desrespeito ao nome social e dificuldade de diálogo entre profissionais e usuários trans, condições que limitam o acesso à saúde. Considerou-se a necessidade de universalizar a hormonioterapia e o implante de silicone e a reivindicação por atendimento multiprofissional na saúde trans como formas de garantir o cuidado e a segurança necessários aos processos de transformação do corpo.

Palavras-chave: Pessoas transgênero. Acesso. Saúde. Corpo. Gênero. Sistema Único de Saúde.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. Vitória, ES, Brasil. 29075-910. pablocardoz@gmail.com; francisodre@uol.com.br

^(c,d,e) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, Brasil. jesiozamboni@gmail.com; xela_alex@bol.com.br; carolinaroseiro@hotmail.com

Introdução

A vida de mulheres e homens trans – transexuais, travestis e transgêneros – parece apresentar a transformação do corpo como crucial na sua produção, que pode ser realizada por meio de diversos recursos, cujo objetivo final pode residir na obtenção de um corpo que represente o pertencimento a uma perspectiva de gênero desejada, felicidade, beleza, ganhos financeiros para as pessoas trans que trabalham com sexo, saúde, bem-estar físico, psíquico e social¹⁻⁴.

As estratégias de transformação dos corpos podem variar entre uso de hormônios, aplicações de silicone industrial em seios, nádegas, coxas, quadris e outras partes do corpo; pela realização de cirurgias plásticas, tais como histerectomias para retirada do útero, mastectomia para retirada das mamas, transgenitalização para mudança das genitálias, entre outros recursos cuja escolha será mediada pelas vontades pessoais e subjetividades em negociação com necessidades profissionais e condições socioeconômicas para adquiri-las¹⁻⁴.

Nesse sentido, a vida de homens e mulheres trans, com suas singularidades e particularidades, solicita ao Estado e aos serviços públicos de saúde um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal como necessidade em saúde, bem como os demais desdobramentos políticos, estéticos, sociais, econômicos e culturais de seus processos de transição no gênero como componentes de seus processos de saúde e doença¹⁻⁵.

Nessa direção, ao contrário da maioria dos trabalhos sobre saúde da população trans, que vislumbrou identificar os desafios à sua promoção, diagnosticando situações-problema e propondo ações, este artigo apresentará as propostas, soluções e reivindicações apresentadas por pessoas trans aos seus atendimentos nos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Foi realizada pesquisa qualitativa, na qual os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio digital e orientadas por um roteiro. Foi entregue a cada entrevistado uma cópia do roteiro e sugerido que escrevessem nele, se assim desejassem. Essa estratégia permitiu reduzir as limitações da entrevista, uma vez que muitos acrescentaram informações importantes que não foram narradas e outros concederam a entrevista sob a condição de não gravar, aceitando redigir sobre o roteiro. Também foi utilizado diário de campo para gravar impressões dos pesquisadores.

A amostra foi definida pelo critério de saturação, de forma que cada participante foi compondo o grupo da pesquisa por proximidade ou indicação de outro participante entrevistado, encerrando-se a coleta quando as respostas apresentavam repetições, ou seja, quando cada novx^(f) participante já não apresentava elementos novos em suas falas. Fontanella et al.⁶ evidenciaram que a saturação pode ocorrer entre o 11º e o 15º participante. Nesta pesquisa, a amostra foi composta por 15 pessoas trans^(g), entrevistadas no período de agosto a dezembro de 2013.

As entrevistas foram transcritas e a análise de conteúdo foi realizada, organizando-se em dois eixos: “O que esperam pessoas trans para o acesso à saúde?” e “O que esperam pessoas trans do Sistema de Saúde para a transformação de seus corpos?”. Neste artigo, foram analisadas as respostas em torno do tópico “Com base em suas experiências vividas nos serviços de saúde

^(f) Os autores rechaçam e desafiam o gênero binário quando este é colocado compulsoriamente e impositivamente às vidas trans, compreendendo que existem vidas diversas se produzindo às margens de tais normas. Nessa direção, os pronomes e adjetivos de tratamento direcionados à população pesquisada em sua totalidade serão substituídos pela letra “x” como recurso gráfico. Ex: xs participantes. Assim, a letra “x” poderá significar “o”, “a”, etc.

^(g) Em consonância com a pluralidade existente nas vidas trans, ao referir-se xs participantes desta pesquisa, será utilizado o termo “pessoa trans” em um “esforço em não delimitar fronteiras entre as identidades de gênero dos participantes dessa pesquisa, respeitando não só a autoidentificação como também seus intercruzamentos nas categorias de gênero e sexualidade disponíveis”⁴ (p. 2518).

do seu município, de forma resumida, se você pudesse, o que mudaria, acrescentaria ou retiraria nos serviços de saúde que utiliza?"

As identidades de gênero e orientações sexuais apresentadas foram autodeclaradas. Os nomes descritos no texto são fictícios a fim da manutenção do sigilo dxs participantes. Todxs preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como requisito à participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

Resultados e discussão

Caracterização da amostra

As participações da pesquisa referem-se a um homem transexual, sete mulheres transexuais, quatro mulheres transexuais que realizaram cirurgia de redesignação sexual (mudança de sexo), duas travestis e um *gay* – incorporado à amostra por ter sido apresentado aos pesquisadores pelo nome social feminino, além de realizar uso de hormônios femininos. Todxs xs participantes eram residentes em municípios da região metropolitana da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo. A idade média apresentada foi 32,6 anos, variando entre vinte e 53 anos.

Sobre as estratégias de mudança corporal, 12 participantes relataram uso de hormônios, três declararam utilização de silicone industrial em seus processos de transformação do corpo e quatro informaram cirurgias de transgenitalização (mudança de sexo).

Em relação ao mercado de trabalho, três relataram trabalhar exclusivamente com sexo, cinco com outras profissões, quatro com ambas e três com outras profissões, porém, estes últimos relataram já terem trabalhado com sexo em algum momento de suas vidas.

O que esperam pessoas trans para suas mudanças corporais?

Pelo grau de importância que as modificações corporais ganham na vida das pessoas trans, elas se constituem como elemento imane em seus processos de saúde ou adoecimento^{1,4,7-9}. Considerando as dificuldades no acesso aos recursos para a transformação do corpo disponíveis no Sistema Único de Saúde, somadas às limitações socioeconômicas de arcar com custos na medicina privada, visualiza-se um quadro de produção de adoecimento entre as pessoas trans, marcado por uso de hormônios sem acompanhamento médico, adoecimento mental, complicações em aplicações corporais de silicone industrial e automutilações das genitálias^{1,4,7-11}.

Diante deste cenário, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Processo Transexualizador do SUS, por meio da portaria 1707¹². Isso representou um importante avanço na promoção da saúde da população trans, reconhecendo as transformações corporais como necessidade em saúde. Foram, então, incorporados na tabela de procedimentos do SUS os procedimentos transgenitalizadores autorizados no Brasil desde 1997 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)¹³. Essa conquista foi precedida por inúmeros processos de judicialização da atuação médica sobre os corpos trans e dessa demanda em saúde¹⁴, como também pelas mobilizações e articulação do movimento social com o poder público a fim de pressionar o Estado a incorporar a demanda¹⁵. Segundo Lionço¹⁵, a criação do Processo Transexualizador do SUS problematizou a atenção à saúde de pessoas transexuais como restritas ao custeio de procedimentos médico-cirúrgicos focados nas cirurgias de transgenitalização.

A portaria 1707/2008 autorizou procedimentos MTF (masculino para feminino), beneficiando mulheres transexuais com serviços de hormonioterapia, cirurgias para retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e cirurgias de neocolpovulvoplastia (mudança de sexo MTF). Somente em 2013, com a ampliação do Processo Transexualizador do SUS a partir da portaria 2803, homens transexuais e travestis tiveram suas demandas por hormonioterapia e por procedimentos FTM (feminino para masculino) como mastectomia, histerectomia e neofaloplastia (mudança de sexo FTM) incorporados pelo SUS¹⁶.

O estado do Espírito Santo, como outros estados brasileiros, ainda não possui o processo transexualizador do SUS. Contudo, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo

realiza cirurgias de redesignação sexual desde 1998^{17,18}, permitindo que parte da população trans capixaba possa ter acesso a esse serviço. Em janeiro de 2016, o Hospital Universitário criou uma comissão para acompanhar o processo de credenciamento do Hospital Universitário, junto com o Ministério da Saúde, para a oferta do Processo Transexualizador do SUS no Espírito Santo¹⁸.

O Quadro 1 apresenta uma sequência de relatos de pessoas trans capixabas sobre os anseios, dilemas e perspectivas apontados em relação aos serviços públicos de saúde, oferecidos para suporte de seus processos de mudanças corporais.

Quadro 1. O que esperam do SUS para as mudanças corporais?

Cassandra (travesti)	Até hoje não dão uma orientação pra travesti, pra trans que quer se hormonizar. Aqui em Vitória não, no Espírito Santo não tem nenhum médico que orienta, acompanha travesti que toma hormônio, tomam vários tipos de hormônio, sem saber que pode acarretar algum problema [de saúde] daqui 10, 15, 20 anos. Acho importante o auxílio médico, nesse processo da hormonização. [...] É importante o quanto antes a gente conseguir aprovar pelo SUS a colocação da prótese [silicone na mama]. É mais barato que ter tratar o silicone [industrial] depois com os danos. Já não disponibiliza pras mulheres com câncer? Até pra elas é difícil. Em alguns estados já tem ambulatório LGBT pra tratar a saúde da travesti e da trans[exual]. Aqui a gente está brigando [...].
Ísis (mulher transexual)	[...] silicone, hormônio pra elas [mulheres trans que trabalham com sexo]. Ginecologista pra operada, psiquiatra, psicólogo, isso tudo pra operada.
Afrodite (mulher transexual)	Um ambulatório de hormonioterapia para transexuais. [...] Sempre por conta própria [uso de hormônios], por não ter um ambulatório hormonal pra as transexuais no Estado, que é uma lástima, que eu até coloquei aqui no questionário, não sei se vocês viram, mas eu acho que o nosso Estado tá muito mal evoluído, atrasado, porque sabemos que São Paulo – tudo bem que SP é grande – tem.
Artêmis (mulher transexual)	Hormonioterapia independente da cirurgia [mudança de sexo].
Atenas (mulher transexual)	Sim, mas o que eu quero questionar é outra coisa. [...] cirurgia tem que ter ginecologista e cirurgião plástico [...]. O que eu acho essencial é ter uma equipe multidisciplinar, com psicólogo, assistente social, ginecologista, urologista. Tem que ter uma equipe. Não adianta operar, querer fazer mulher.
Hércules (homem transexual)	Psicólogo, psiquiatria e assistente social. [...] tem aquela cirurgia que tira parte do seu corpo e implanta no clitóris para fazer o pênis. E tem outra, que se utiliza uma prótese e aproveita o clitóris. E quando você toma hormônio, ele aumenta. Quanto mais tempo de hormônio, maior ele vai ficando e existe até uma bomba clitoriana, que você coloca dentro e faz um bombamento [para ficar ereto]. Aí você ganha alguns centímetros, só que eu não sou muito a favor disso porque eu conheço muitas pessoas daqui e opera quem quer.
Madalena (mulher transexual)	Um tratamento de hormônio.

Destacam-se, pelas falas das pessoas participantes, a cirurgia de mudança de sexo para homens transexuais, a hormonioterapia, o silicone industrial e o atendimento multiprofissional.

Em relação aos homens trans, Hércules (Quadro 1) aponta variadas estratégias, utilizadas atualmente pela medicina cirúrgica plástica, para construção de um neofalo. Demonstra preocupação com os resultados desses procedimentos a partir das experiências de pessoas conhecidas. A demora na incorporação das demandas em saúde dos homens trans ao SUS, de 2008 a 2013, foi justificada pelo caráter experimental das cirurgias de transgenitalização para esta população. Todavia, também não foram incorporados, em 2008, os demais procedimentos requisitados por essa população, que já se encontravam disponíveis no SUS para outras populações, como mastectomia, histerectomia e

hormonioterapia com testosterona. Bento¹ relata maior procura pelas cirurgias de histerectomia e mastectomia, comparada à demanda por transgenitalização. Essa situação pode se justificar pelo fato de o útero e de as mamas produzirem formas consideradas femininas¹. Retirar estruturas corpóreas secundárias, como seios, por exemplo, pode tornar-se tão desejoso quanto a cirurgia de mudança de sexo, uma vez que a construção do corpo masculino, mesmo que opere em meio à lógica binária dos sexos — que produz a ideia de seres divididos, pela natureza, em pênis/masculino/homem e vagina/feminino/mulher¹ —, não se resumirá à ausência ou presença do pênis, exigindo uma complexa composição. Bento¹ também aponta para um recorte de gênero na produção de técnicas de intervenção médica sobre os corpos dos homens trans, no qual “parece que a ciência não tem muita pressa em criar novas tecnologias para intervir nos corpos-sexuados femininos, levando-me a pensar nas assimetrias de gênero na produção das tecnologias para transformar os corpos femininos” (p. 158).

Ao que parece, a invisibilização da sexualidade e da identidade de gênero das mulheres que não vivenciam incompatibilidade entre genitália e sexo atribuído no nascimento desdobram-se na invisibilização dos homens transexuais com seus gêneros, corpos, sexualidades e desejos¹. Essa invisibilização também se faz presente no campo da produção científica, como evidenciou Almeida³, segundo a qual falar sobre as transformações corporais realizadas pelos homens transexuais torna-se um grande desafio, dado o incipiente número de estudos sobre transmasculinidades. Tal invisibilidade também aparece nesta pesquisa, na medida em que apenas um homem trans compôs a amostra, não por escolha dos pesquisadores, mas pelas indicações da rede na qual realizou-se a pesquisa. Além disso, ao que parece, o Espírito Santo se une aos diversos estados brasileiros que não oferecem cirurgia de redesignação sexual para essa parcela da população trans.

Outro dilema em relação à universalização dos procedimentos oferecidos pelo SUS para mudanças corporais tem sido o acesso a esses serviços condicionado a um processo de diagnóstico. Este parece tornar seletivo o acesso a essa política pública ao condicionar o acesso aos serviços oferecidos a um diagnóstico de transexualismo. Rocon et al.¹⁴ problematizam que as resoluções do CFM não contemplam as pessoas travestis, e as definições para transexualidade e travestilidades expressas pelo Código Internacional de Doenças (CID 10), sob nomes transexualismo e travestismo, diferem entre si. Os autores¹⁴ posicionam-se contra a patologização das identidades trans e interpretam que a lacuna deixada pela legislação apontada por Bento¹⁹ tem sido preenchida pelas verdades estabelecidas socialmente para os gêneros.

Bento¹⁹ evidenciou que as bases para o diagnóstico mediador do acesso aos serviços transgenitalizadores no Brasil apoiam-se em estereótipos sobre “ser homem/mulher de verdade” engendrados pelo binarismo dos gêneros e pela “instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada [que] exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino [...] por meio das práticas e do desejo sexual.”²⁰ (p. 45). Assim, a equipe de profissionais envolvidos no acompanhamento e diagnóstico da população trans nos serviços de saúde estaria buscando encontrar um(a) “transexual de verdade” – que melhor reproduz na estética do corpo e nas *performances* de gênero o gênero binário e a heterossexualidade compulsória^(h). Para esse feito, Almeida e Murta²¹ apontam que foi elaborada uma semiologia do gênero, que vislumbraria examinar comportamentos e identidades sexuais, reafirmando a necessidade de uma compatibilidade entre anatomia e identidade de gênero.

^(h) Pode ser compreendida como uma suposta existência de uma tendência natural dos indivíduos ao desejo sexual heterossexual.

Aparentemente, o processo de diagnóstico pode se apresentar como uma forma de proteger xs pacientes de escolhas equivocadas sobre a realização de procedimentos irreversíveis dos quais possam se arrepende. Todavia, o diagnóstico tem tornado seletivo o acesso a serviços de saúde com potencialidade para promover e proteger a saúde da população trans de forma universal. Cassandra (Quadro 1) demonstra preocupação com os riscos à saúde da população trans envolvidos no uso de hormônios sem acompanhamento médico e nas aplicações de silicone industrial, riscos que, para a entrevistada, poderiam ser evitados com a incorporação plena e oferta universal desses recursos à população trans. A hormonioterapia aparece como necessidade nas falas de Madalena, Ísis, Artêmis e Afrodite (Quadro 1) que relatam utilizar hormônios sem acompanhamento médico, por não existir um serviço para esse cuidado demandado pelas pessoas trans. Merece destaque o fato de Cassandra, Afrodite e Artêmis (Quadro 1) apontarem para a necessidade de um ambulatório para esse serviço independente do processo transexualizador, sendo citadas experiências de outros Estados, como São Paulo, permitindo sugerir que as cirurgias de mudança de sexo não serão um desfecho unânime nas vidas atravessadas por esse programa, embora sejam importantes.

Estudos^{4,8,7} permitem ainda sugerir que o diagnóstico tem contribuído para o adoecimento de parte dessa população, uma vez que, ao não conseguirem acessar os serviços de saúde necessários aos processos de mudança corporal, muitas pessoas trans são condicionadas a recorrer à hormonização sem acompanhamento médico e aplicações de silicone industrial sob risco de adoecimento ou morte^{4,7,11}.

É preciso considerar também as diferenças culturais entre as regiões do Brasil, uma vez que Almeida e Murta relatam que “no norte/nordeste, a categoria transexual praticamente não existe. Assim, é comum que travestis procurem o programa em busca de mudanças corporais que podem abranger a modificação genital”²¹ (p. 397). Os autores demonstram a importância de compreender as vidas trans entre múltiplos elementos que as cercam e as fragilidades de um diagnóstico que busca padronizar as vidas trans sob a inexistente figura dx “transexual de verdade”. Há ainda evidências sobre “a própria patologização como fator de sofrimento e agravamento à saúde”¹⁵ (p. 51). Rocon et al.¹⁴, a partir de Foucault^{22,23} e Bento^{1,19}, afirmam que todo acompanhamento dxs pacientes no processo de diagnóstico é atravessado por ações de disciplinarização dos corpos trans, em uma espécie de reeducação em relação ao gênero binário.

A partir do exposto, é importante ressaltar que não se deve individualizar as consequências negativas da utilização de recursos para transformação corporal fora dos serviços de saúde, reduzindo-as a escolhas inconsequentes⁴. A transformação do corpo, em diversas modalidades, é parte indissociável da produção de vida trans. Um elemento bastante importante nessa produção, dadas as condições de exposição a inúmeras vulnerabilidades sociais, como a perda de laços familiares e a necessidade de sobreviver, é a recorrência ao trabalho com prostituição^{1,2,4,7}, o qual geralmente requer modificações corporais para conseguir clientes, garantir e aumentar os ganhos financeiros^{1,2,4,7}. Assim, modificar o corpo se integra à produção de vida e à criação de condições para vivê-la⁴. Ísis (Quadro 1) reafirma os achados da literatura ao reforçar a necessidade da oferta de hormônios e silicone às pessoas transexuais e travestis que trabalham com sexo.

Duarte⁸ aponta a existência de movimentos nacionais e internacionais cuja bandeira é a despatologização das identidades de gênero trans. Contudo, as discussões sobre esta temática parecem não encontrar consenso dentro dos movimentos sociais de travestis e transexuais. Bento e Pelúcio²⁴ falam que parte da militância social enfrenta a problemática como uma concessão estratégica, por temerem o fim dos serviços oferecidos com a retirada do caráter patológico da transexualidade. Almeida e Murta²¹ evidenciaram que, mesmo com a produção de avanços e consensos, a despatologização trans continua uma situação complexa. “Como garantir/ampliar o acesso de pessoas trans ao sistema, se todo ele opera majoritariamente pela lógica da doença e do transtorno e, consequentemente, da correção dos corpos ao padrão que se definiu como normal?”²¹ (p. 500).

Almeida e Murta²¹ retomam, assim, uma série de grandes desafios a serem superados para a efetivação do SUS no Brasil: o modelo biomédico hegemônico, os apelos mercadológicos à Saúde Pública e a insistente compreensão da saúde como ausência de doença. É ainda predominante o protagonismo da doença nos processos de produção de tecnologias, saberes, intervenções profissionais e investimentos públicos em saúde. Almeida e Murta²¹ também defendem, como uma forma de

resistir ao modelo de atenção biomédico no processos transexualizadores, a necessidade de uma atenção multiprofissional que ofereça “o suporte técnico e ético necessário a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual” (p. 401). Os autores vão ao encontro de Hércules, Ísis e Atenas (Quadro 1), que demonstram que as pessoas trans necessitam de serviços que extrapolem a lógica curativa e biomédica de atenção à saúde. Para além da necessária oferta de cirurgias e hormônios, elxs reivindicam serviços capazes de oferecer uma atenção integral em saúde, pautada na autonomia e no respeito ao processo de transição no gênero dxs pacientes, assistindo-xs com equidade.

Por fim, para Rocon et al.⁴, ainda que manter a patologização das identidades de gênero trans possa significar uma concessão estratégica, o SUS constitucional não condiciona o acesso aos serviços públicos de saúde à existência prévia de uma patologia instalada. Neste sentido, para que o processo transexualizador seja universalizado – funcionando com integralidade na atenção, equidade, participação social e respeitando a autonomia das pessoas trans sobre seus corpos e vidas –, será necessária a concretização do SUS conciliada com os valores éticos e políticos da Reforma Sanitária.

O que esperam pessoas trans sobre o acesso à saúde?

O gênero binário e a heterossexualidade compulsória operam pela linguagem²⁰. Um exemplo clássico é a determinação do sexo/gênero de um feto por meio do recurso da ultrassonografia. Quando se declara “é um menino” ou “é uma menina”, destina-se o corpo em formação à vida generificada: brinquedos, roupas, cor do quarto e uma infinidade de objetos, comportamentos, processos disciplinares e ações são atribuídas de significado a partir da divisão por sexo/gênero^{1,19,23}. O ato de nomear, interpelando um sujeito a assumir determinado sexo/gênero, “acontece no interior de uma lógica que supõe o sexo como um dado anterior à cultura e lhe atribui um caráter imutável, a-histórico e binário”²⁵ (p. 15). Funcionando assim, a linguagem é produto e produtora de materialidade nas relações entre gênero, corpo e sexualidade.

O trânsito nos gêneros realizado pela população trans também acontece no campo da linguagem, tornando a modificação do nome próprio e do gênero nos pronomes de tratamento em elementos constantemente associados às transformações físicas do corpo⁴. Essas mudanças linguísticas, reivindicadas em dissonância com as normas hegemônicas de sexo/gênero, funcionam como recurso condicionante para o empreendimento da transformação corporal. Desse modo, a linguagem funciona como um campo de produção de vida²⁵. Benedetti²⁶, ao relacionar linguagem à produção do corpo trans, afirma que “o corpo das travestis é, sobretudo, uma linguagem; é no corpo e por meio dele que os significados do feminino e do masculino se concretizam e conferem à pessoa suas qualidades sociais. É no corpo que as travestis se produzem enquanto sujeitas”²⁶ (p. 11).

Não é dicotômica a relação entre corpo físico/biológico e linguagem/cultura; assim, para as pessoas trans, as alterações na linguagem podem ser tão importantes quanto as modificações nas estruturas físicas do corpo²⁰. Portanto, desconsiderar essa face do processo de trânsito no gênero pode contribuir para processos discriminatórios de desumanização e exclusão do acesso aos serviços de saúde a essa população.

Episódios de transfobia e travestifobia⁽¹⁾ praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção, configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans⁸. O desrespeito ao nome social^{4,7,8}

⁽¹⁾ Transfobia e travestifobia funcionam como operadores do gênero binário na ponta dos serviços de saúde, por interditos e constructos morais que também normatizam as vidas dos profissionais que ali trabalham, produzindo assim a exclusão da população trans por meio da reprodução de tais normas na totalidade das relações que ali acontecem.

apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Como efeito, dezenas de pessoas trans resistem em buscar tratamentos de saúde por medo de sofrerem discriminação^{4,7,8}. Ocorre também o abandono de tratamentos em saúde importantes, como os de HIV/AIDS⁴, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde. Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social que geralmente vivem as pessoas trans, essas situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte^{1,4,7,8,11}. O Quadro 2 apoia essa argumentação, uma vez que as soluções, provocações e apontamentos apresentados pelas entrevistadas, a partir de experiências na busca por serviços públicos de saúde, são atravessados pelo combate à discriminação e pela luta por respeito ao nome social.

Quadro 2. O que esperam, o que mudariam e o que fariam para melhorar o SUS?

Sobre o acesso à saúde	
Cassandra	Eu iria tornar o Sistema mais humanizado e facilitar o acesso ao segmento LGBT.
Afrodite	Palestras e seminários sobre diversidade sexual para todos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde e hospitais.
Efigênia	Tinha que ter mais orientação sobre a diversidade sexual e a diferença para ser mais respeitado sobre a identidade de gênero e orientação sexual. Sobre ter respeito a todas as orientações, direito igual e poder usar o nome social para todas e todos trans, feminina ou masculino, por todos os tipos de médico, enfermeiros, porteiros e recepcionistas, todos que trabalham nos locais privado e público pelo SUS.
Xena	Que marcasse um dia para que as travestis e trans fossem atendidas. Pois quando vamos ao médico, temos que falar muito rápido devido às pessoas que estão aguardando lá fora. [redigido no roteiro]
Pandora	Pessoas capacitadas para atender as pessoas de qualquer forma pessoas [atender todas as pessoas com qualidade].
Pessoas trans trabalhando na saúde	
Cassandra	Esse é um serviço [agente comunitário de saúde] que precisa fazer, trazer pessoas que tenham a vivência. Que vive isso na pele que é [quem sabe]. Não colocar alguém lá que não tenha propriedade.
Ísis	Não sabe nada, nada, nada sobre isso [trabalho com sexo] e tem vergonha de chegar até uma travesti [sobre agentes comunitários de saúde que não são trans].

As sugestões de Afrodite e Efigênia (Quadro 2) poderiam responder ações de educação permanente para os trabalhadores em saúde, uma vez que propõem a realização de palestras e seminários sobre diversidade sexual para profissionais da saúde com orientações sobre respeito às identidades de gênero trans e ao nome social. Ambas não restringem suas propostas às equipes de saúde *stricto*, mas compreendem todos os trabalhadores que compõem os equipamentos de saúde – das recepções e portarias aos consultórios. A discriminação nos estabelecimentos de saúde iniciam-se nas recepções, com o desrespeito ao nome social e a discriminação por meio da produção de situações vexatórias por profissionais, podendo ocasionar absenteísmo; abandono de tratamentos em andamento e de consultas agendadas; e resistência na busca por serviços de saúde^{4,8,7}. Essa situação provoca o ato de pensar a necessidade de compreender todos os trabalhadores que integram os estabelecimentos de saúde como profissionais da saúde, integrando-os no processo de acolhimento e cuidado por meio da gestão coletiva dos processos de trabalho.

As propostas de Afrodite e Efigênia (Quadro 2) vão de encontro aos anseios de Pandora e Cassandra (Quadro 2), que apresentam o desejo de que hajam pessoas capacitadas a respeitar as pessoas trans da mesma forma que os demais pacientes, oferecendo um acolhimento humanizado à população LGBT e facilitando o acesso desse segmento na medida em que elimina as barreiras produzidas pelo preconceito e pela discriminação. Romano⁷ relatou sua bem-sucedida experiência de acolhimento de pessoas trans em um Programa de Saúde da Família, no qual profissionais passaram a respeitar as usuárias trans e estas, a ocupar e se apropriar do espaço da Unidade de Saúde. Para tanto,

a autora apontou que o acolhimento apresenta três características: “Garantia do acesso universal, [...] 2. Reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para a equipe multiprofissional de acolhimento [...] 3. Qualificação da relação profissional de saúde-usuário [...]”⁷ (p. 215).

Xena (Quadro 2) expõe o desejo de um dia reservado para atendimento da população trans, alegando a rapidez nas consultas médicas. Em sua fala, fica implícita a necessidade de um acompanhamento profissional comprometido com as necessidades específicas em saúde, além de uma organização do trabalho que promova a atenção e o cuidado integral. Esse desejo dialoga com a reivindicação de um ambulatório para atendimento integral à saúde da população trans em todos os estados brasileiros. É importante destacar que, além da garantia de atendimento a uma parcela específica da população visando a equidade, busca-se a integralidade na atenção em saúde pela modificação nos modos de relação entre xs sujeitxs dos processos em saúde, trabalhadores e usuárixs.

Cassandra e Ísis (Quadro 2) destacam a necessidade de haver pessoas trans trabalhando como Agentes Comunitários de Saúde. Elas indicam que a ausência ou dificuldade no diálogo entre profissionais da saúde e pessoas trans faz com que estas não recebam os cuidados necessários para, por exemplo, trabalharem com sexo em segurança – por meio de informações sobre prevenção e cuidados, bem como fornecimento de insumos (camisinhas e géis lubrificantes). Rocon et al.⁴ apontam que a inabilidade de profissionais da saúde em realizarem educação em saúde com a população trans pode estar contribuindo para o adoecimento dessa população.

Considerações finais

Entre xs participantes mulheres transexuais e travestis, o implante de prótese mamária, a hormonioterapia e os cuidados integrais e multiprofissionais parecem destacar-se em relação às cirurgias de redesignação sexual. Não se afirma que essa cirurgia não seja uma questão de importância entre mulheres transexuais; contudo, o dado corrobora com estudos^{1,3,4,19-21} que apontam que a busca pela mudança da genitália não é unânime entre pessoas transexuais. Logo, os protocolos de atendimento à saúde trans não devem compreender a redesignação sexual como o único desfecho nos processos de transição no gênero e, nessa direção, compreende-se a inexistência da figura de um transexual verdadeiro universal, modelo de normalização por meio do qual se afirma que todas as pessoas trans que buscam serviços do processo transexualizador devem desejar eliminar suas genitálias.

O participante homem transexual aponta as dificuldades em alcançar bons resultados nas cirurgias de neofaloplastia como um desmotivador em buscar por esse procedimento, fato apontado pela literatura¹ como resultado da desigualdade na produção de tecnologias para intervenção nos corpos de homens trans. O participante também indica o cuidado multiprofissional como uma importante intervenção em direção à produção da saúde de homens trans.

São apontadas soluções que reforçam a necessidade de formação continuada pautada na promoção da humanização, da dignidade e do respeito ao nome social e às identidades de gênero para todxs xs trabalhadorxs da saúde envolvidxs no itinerário pela busca por atendimento em saúde. Essas proposições reiteram que a discriminação, a dificuldade de diálogo entre profissionais da saúde e usuárixs trans e o desrespeito ao nome social se apresentam como obstáculos ao acesso de pessoas trans aos serviços de saúde, sendo elementos responsáveis pelo adoecimento dessa população na medida em que a priva dos cuidados e da proteção em saúde.

Por fim, as soluções, indicações e provocações elencadas pelas falas apontam que um modelo de atenção à saúde biomédico e curativista não será capaz de responder às demandas em saúde da população trans. Nessa direção, as entrevistas reiteram a resistência construtora do Sistema Único de Saúde, na medida em que suas demandas em saúde requerem um sistema de saúde público, universal, integral, com justiça e participação social⁴.

Colaboradores

Pablo Cardozo Rocon, Francis Sodré, Jésio Zamboni, Alexsandro Rodrigues e Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro participaram em todas as fases envolvidas na produção do artigo e aprovaram a versão final apresentada.

Referências

1. Bento B. A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
2. Pelúcio L. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Rev Antropol Soc.* 2005; 6(1-2):97-112.
3. Almeida G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Rev Estud Fem.* 2012; 20(2):513-23.
4. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MP. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(8):2517-25.
5. Mello L, Perilo M, De Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc.* 2011; 9:7-28.
6. Fontanella BFB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(2):389-94.
7. Romano VF. As travestis no programa saúde da família da Lapa. *Saude Soc.* 2008; 17(2):211-9.
8. Duarte MJO. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *Temporalis.* 2014; 1(27):77-98.
9. Arán M, Zaidhaft S, Daniela M. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol Soc.* 2008; 20(1):70-9.
10. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n. 1.955, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.652, de 2 de dezembro de 2002. *Diário Oficial União* 3 set. 2010.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.707/GM de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União* 18 Ago. 2008.
13. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial União* 19 set. 1997.
14. Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Rev Katál.* 2016; 19(2):260-9.
15. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS. *Physis.* 2009; 19(1):43-63.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.803/GM de de 19 de novembro de 2013.. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União* 19 Nov. 2013.

17. Marchioni H. Ufes possui técnica inédita no mundo para cirurgia de mudança de sexo [internet]. 2013 [citado 05 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.ufes.br/conteudo/ufes-possui-t%C3%A9cnica-in%C3%A9dita-no-mundo-para-cirurgia-de-mudan%C3%A7a-de-sexo>.
18. Medina J, Marinho T. Ufes apresenta comissão para a implementação de ambulatório trans no Hucam [internet]. 2013 [citado 05 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.ufes.br/conteudo/ufes-possui-t%C3%A9cnica-in%C3%A9dita-no-mundo-para-cirurgia-de-mudan%C3%A7a-de-sexo>.
19. Bento B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense; 2008.
20. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014.
21. Almeida G, Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex Salud Soc.* 2013; 14:380-407.
22. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
23. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 23a ed. São Paulo: Graal; 2013.
24. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estud Fem.* 2012; 20(2):559-68.
25. Louro GL. Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
26. Benendetti MR. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. ¿Qué esperan las personas trans del Sistema Brasileño de Salud?. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):43-53.

Este artículo discute las críticas y sugerencias presentadas por personas trans para la garantía de su acceso y de la promoción de acciones para el cuidado integral de su salud en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, grabadas en audio, transcritas y se realizó análisis de contenido. Se señaló la formación continuada para trabajadores de la salud con el objetivo de revertir la realidad de discriminación, falta de respeto al nombre social y dificultad de diálogo entre profesionales y usuarios trans, condiciones que limitan el acceso a la salud. Se consideró la necesidad de universalizar la hormonoterapia y el implante de silicona y la reivindicación de atención multi-profesional en la salud trans como formas de asegurar el cuidado y la seguridad necesarios para los procesos de transformación del cuerpo

Palabras clave: Personas transgénero. Acceso. Saúde. Cuerpo. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 01/08/16. Aprovado em 18/04/17.

Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva

Tháís Maranhão^(a)
Izabella Barison Matos^(b)

Maranhão T, Matos IB. Experiences in the Brazilian National Health System (SUS) as events markers in the field of Collective Health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):55-66.

The initiative of experiences and stages in the reality of the Brazilian National Health System (VER-SUS) was developed by undergraduate students in different regions of Brazil. The experience was developed within a favorable political scenario for changes in public health policies. This qualitative approach study, used interviews, documentary and bibliographic research as tools for data. The analysis benefited from the theoretical-methodological perspective post-criticism with rizomatic inspiration. The discussion synthesizes historical elements of the situation at that time (2003-2005), in which the idea of formative practices of the VER-SUS proved to be potent in the analyzed experiences; intimately linked to the leading role of the students' movement and current debates in that period. The research subjects see VER-SUS as an event in the field of Health Public, as a turning point, configuring a novelty and invention in that context.

Keywords: Student protagonism. VER-SUS. Continuing education in health. Collective Health. Education in Health.

Num cenário político favorável a inovações e expectativas de mudanças nas políticas públicas de saúde, surge a iniciativa das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), experienciada por estudantes de graduação em diferentes regiões do Brasil. Neste estudo, com abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas, pesquisa documental e bibliográfica como ferramentas de produção de dados, cuja análise ocorreu na perspectiva teórico-metodológica pós-crítica de inspiração rizomática. A discussão sintetiza elementos históricos da época (2003-2005), cuja ideia de práticas formativas do VER-SUS se mostrou potente nas experiências analisadas; intimamente ligadas ao protagonismo do movimento estudantil e das discussões naquele período. O VER-SUS é visto pelos sujeitos da pesquisa como acontecimento no campo da Saúde Coletiva, ou ponto de virada, ao configurar-se como novidade e invenção naquele cenário.

Palavras-chave: Protagonismo estudantil. VER-SUS. Educação permanente em saúde. Saúde Coletiva. Educação em saúde.

^(a) Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, Santa Cecília. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110. maranhao.thais@gmail.com

^(b) Curso de graduação em Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. izabella.matos@uffs.edu.br

Introdução

Nos primeiros anos da década de 2000, teve início, no Brasil, o governo Lula (2003-2006), com muitas expectativas e desejos de mudança por parte dos atores de áreas sociais. Nessa perspectiva, no campo da Saúde Coletiva, surgiram algumas invenções nas políticas públicas e, dentre elas, destacaram-se as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde/Brasil (VER-SUS/Brasil).

Nos documentos oficiais, o VER-SUS foi definido como uma estratégia, do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da Área da Saúde, que oportunizava, aos estudantes, conhecerem, vivenciarem e experimentarem, como espaço de aprendizagem, a realidade do Sistema Único de Saúde, seu cotidiano, avanços e desafios¹⁻³.

O programa objetiva valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS, provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social. Visa, ainda, sensibilizar gestores, trabalhadores e educadores da área da saúde, estimular discussões e práticas relativas à educação permanente em saúde e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais. Busca contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-control social no campo da saúde⁴.

O VER-SUS foi inventado num formato de imersão. Os estudantes participam de maneira integral nas atividades, por cerca de 7 a 15 dias, hospedados fora de domicílio habitual, durante o período de férias universitárias. O grupo é sempre composto por alunos de diferentes cursos, podendo mesclar, também, acadêmicos de diferentes instituições, num ambiente multiprofissional. As ações são dinamizadas por estudantes facilitadores, que contribuem com o processo político-pedagógico do grupo.

A invenção das 'vivências no SUS' dialoga com diversos desafios colocados para necessárias mudanças na formação de profissionais de saúde de graduação no Brasil. Bilibio⁵ ressalta que as vivências abrem o Sistema aos estudantes da área da saúde, criando espaços de aprendizagem que propiciam processos político-pedagógicos coletivos de exposição aos acontecimentos da vida no SUS.

O VER-SUS, ao oportunizar estas exposições, potencializa processos de aprendizagens no sentido da aprendizagem como invenção de problemas e de experiência de problematização⁶. À medida que os estudantes eram expostos a um novo ambiente, cultura, hábitos, etc., eram forçados a explorar a nova realidade, a perceber errâncias e a traçar novas estratégias. Com isso, em momento posterior, mesmo retornando ao seu local habitual, teriam aprendido a sensação de estranhamento e de abertura ao sensível.

De alguma forma, o formato de imersão do VER-SUS agrega mais elementos de estranhamento e de possibilidade de reflexão problematizadora que práticas habituais de visita a serviços realizados nas Universidades. Nesse sentido, o VER-SUS expõe e propõe colocar em movimento os quatro componentes do quadrilátero da saúde⁷: ensino, gestão, controle social e atenção, pela via da educação permanente em saúde⁸, a partir da programação pedagógica de visitas ao SUS, e a seus atores sociais, assim como, dos debates e rodas de conversa.

Este artigo tem como intuito apresentar uma reflexão sobre a ideia do VER-SUS/Brasil como marcador de um 'acontecimento' importante no campo da Saúde Coletiva. Desta forma, mexe-se na história 'vivências no SUS', ou na "maneira como cai a luz, se esbate e se propaga, distribuindo o visível e o invisível"⁹ (p. 84), uma vez que conta-se esta história a partir da descrição de cenários, vetores, experiências em que as 'vivências no SUS' se constituíram, na perspectiva de ex-militantes do movimento estudantil, sem buscar determinar origem para esta. A escolha dos elementos visíveis foi possível a partir dos referenciais utilizados para análise da pesquisa. Ao final do texto, exhibe-se o que visualizamos de potência na utilização do conceito de 'acontecimento' relacionado ao VER-SUS.

Caminhos trilhados na pesquisa

Para a realização da pesquisa⁽⁴⁾, foram escolhidos 15 participantes, entrevistados presencialmente, em diferentes municípios e regiões brasileiras, entre março e abril de 2014. Os enunciados disparadores nas conversas foram: a) Conte-me um pouco da sua trajetória de trabalho e/ou formações após o VER-SUS, ou por onde você andou todo esse tempo. b) Conte-me sobre o contexto político e social da época (aquilo que mais marca a sua memória). c) Como tu te envolveres na facilitação no VER-SUS (motivações, seleção e vivência)? d) O que podes me contar sobre preparação para ser facilitador(a), os propósitos da facilitação, e possíveis dificuldades e/ou facilidades nessa atividade? e) O que ficou para ti desta experiência?

⁽⁴⁾ O objeto de reflexão do qual este manuscrito trata engloba uma parte do estudo qualitativo de dissertação, que teve, como instrumentos de produção de informações e dados: a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS.

Salienta-se que as entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras que, à época, contribuiu para a elaboração e construção do VER-SUS, na condição de representante do movimento estudantil do curso de Enfermagem. Esta situação de sujeito militante implicado¹⁰ traz, para análise, a implicação do sujeito antes de qualquer situação epistêmica, que acaba por criar uma situação não típica de pesquisa, pois, ao dar sentido ao problema a ser investigado, “o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante”¹⁰ (p. 5-6). Assim, foram necessários exercícios de estranhamento para com as definições corriqueiras para garantir o distanciamento necessário para a escuta, e, também, de autoanálise, para questionar sobre os porquês e o como foram percebidas as vivências.

As análises ocorreram a partir de uma perspectiva teórico-metodológica pós-crítica, de inspiração rizomática. Nomeamos desta forma por compreendermos que, além de termos utilizados referenciais teóricos comumente conhecidos sob o rótulo de ‘pós’ (pós-críticos, pós-modernos ou pós-estruturalistas), esta denominação também permitiu trazer à tona duas marcas que consideramos importantes na perspectiva pós-crítica: “a de que o desenho metodológico de uma pesquisa não está (e nem poderia estar) fechado e decidido *a priori* e que não pode ser ‘replicado’ do mesmo modo, por qualquer pessoa, em qualquer tempo e lugar”¹¹ (p. 20); e, também, a da subjetividade humana do pesquisador como ferramenta de pesquisa qualitativa, de forma a produzir saberes refinados sobre fenômenos sociais¹².

Consideramos a análise como de inspiração rizomática por entendermos que a perspectiva do rizoma não se trata de uma metodologia de análise propriamente dita. Essa abordagem tem, em suas formas e características, descritas por Deleuze e Guattari¹³, princípios de conexão e heterogeneidade, onde qualquer ponto de análise pode ligar-se, conectar-se, sem uma ordem preestabelecida. Apostar nessa linha para a leitura dos dados foi inspirador para a conformação de mapa conceitual descrito neste artigo.

Nesse sentido, a partir da perspectiva de análise pós-crítica de inspiração rizomática, foram realizados três movimentos. Um movimento mapeou as experiências e fatos relatados pelos entrevistados, a partir do enunciado disparador que abordou o contexto político e social do período de emergência do VER-SUS/Brasil. Outro movimento foi o de reconhecer ‘marcas’ que os sujeitos apresentaram ao exporem o que havia ‘ficado’ para eles dessa experiência, a partir da subjetividade das pesquisadoras. E um terceiro movimento foi o de relacionar todos os elementos que emergiram com suporte de referências teórico.

Constituição política para emergência do VER-SUS/Brasil

Ao longo da pesquisa bibliográfica e documental¹⁴, constatou-se certa 'linha histórica' explicativa para as experiências de 'vivências no SUS'. Trata-se de escritos, a partir de perspectivas de gestores do projeto, e que possuem, como eixo central, uma abordagem institucional, destacando registros em relação aos números das metas de participantes, de municípios envolvidos e período de realização. Acreditamos que essa perspectiva em 'única linha histórica cronológica' pode silenciar processos, disputas, interesses, entre outros elementos importantes para a compreensão de tensões, conexões, contágios.

Para ampliar a compreensão da perspectiva histórica do período estudado do VER-SUS, construímos um mapa que propõe a visualização de diversos elementos que influenciaram, tencionaram e promoveram encontros entre os dois principais atores envolvidos na construção do VER-SUS/Brasil na década de 2000: o Movimento Estudantil (ME) e o Ministério da Saúde (MS). Seu desenho enuncia fatos lembrados ao longo do percurso de pesquisa, pelos participantes e por uma das pesquisadoras, de forma a quebrar o formato de análise linear histórica, e contribuir para análises plurais e múltiplas sobre a história das 'vivências no SUS'.

Destacamos que, durante a pesquisa, foram lembrados mais elementos relacionados ao ME do que ao MS, pois os participantes da pesquisa eram oriundos do ME. Salientamos, ainda, que, mesmo dispondo algumas linhas entre os elementos na figura, consideramos que há diversas ligações entre os elementos dispostos e há, ainda, outros que não foram possíveis de ser evidenciados, pois não foram objeto de estudo.

No mapa a seguir agruparam-se experiências significativas que contribuíram para a construção do VER-SUS, a partir da pesquisa desenvolvida, e que serão explicitados sucintamente na Figura 1.

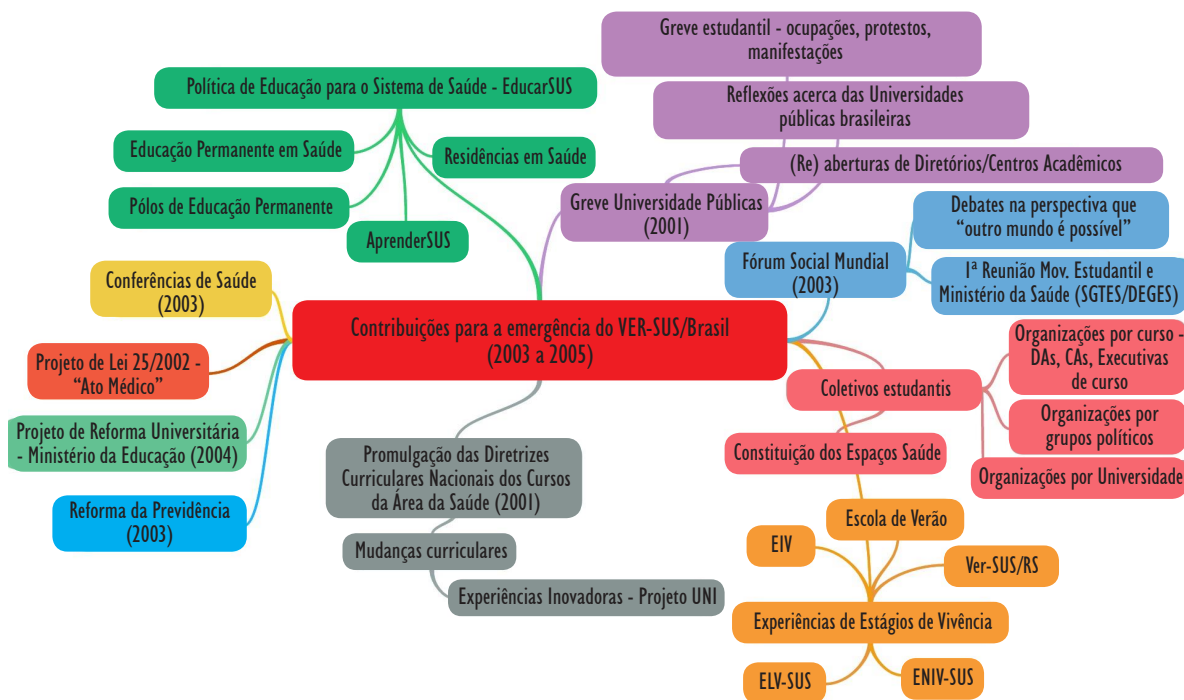


Figura 1. Fatos que permeavam os encontros de construção do VER-SUS/Brasil entre Movimento Estudantil da Área da Saúde e Ministério da Saúde, período entre 2003 e 2005.

1) **Greve nas Universidades Públicas, em 2001:** A grande mobilização de estudantes, por todo o Brasil, propiciou uma efervescência do movimento estudantil da época, tanto com debates acerca da universidade brasileira, quanto com ações de ocupações de espaços nas universidades, como reitorias, por exemplo. Esse momento é lembrado por muitos estudantes por tê-los aproximado do ME, assim como pela politização da vida acadêmica. Um dos sujeitos relata: “Entrei na faculdade em 2001, no primeiro semestre. No primeiro ano já enfrentamos uma greve. Foi a greve mais interessante que a gente viveu e, a partir daí, eu comecei a militar no Movimento Estudantil. Entrei no Centro Acadêmico nessa época” (informação verbal).

2) **Fórum Social Mundial, em 2003:** Muito lembrado, pelos participantes, por ter sediado a primeira reunião entre o Ministério da Saúde e Movimento Estudantil, com a pauta de elaboração do VER-SUS/Brasil. Um dos sujeitos lembra que:

“Vi uma chamada de atividades para discutir sobre o estágio de vivência que existia no Rio Grande do Sul, que era da Escola de Saúde Pública do RS, [...] do VER-SUS [...]. Fui para a atividade, na verdade mais porque o tema era atrativo, mas também porque a gente queria encontrar estudantes do Brasil inteiro [...] para poder ir articulando a Executiva [do ME]. Foi feito um convite oficial do Ministério da Saúde com a proposta de fazer um estágio daquele nível, daqueles moldes, a nível nacional, já que aquele grupo lá do [professor] Ricardo Ceccim estava indo para o Ministério da Saúde, e tava começando o Governo Lula”. (informação verbal)

3) **Fóruns e Representações Estudantis:** No período pesquisado, a organização do Movimento Estudantil ocorria, sobretudo, via Centros e Diretórios Acadêmicos. Esses espaços eram constituídos como locais de representação dos estudantes, de determinados cursos de graduação, nas mais diversas Instituições de Ensino Superior (IES) e pelas Executivas Nacionais de Estudantes. Essas instâncias agregariam os estudantes de todo o país, de acordo com determinado curso de graduação. A apresentação no mapa, com os Fóruns e Representações estudantis, foi criada para evidenciar tanto as organizações descritas quanto para dar visibilidade aos Espaços Saúde, como representação de uma ‘nova’ forma de organização que surgiu no período descrito, de articulação do movimento estudantil da área da Saúde.

Em um dos relatos, comenta-se sobre os Espaços Saúde, que tiveram início em 2003: “[...] a gente se uniu para discutir o Ato Médico. Então a gente começou a se encontrar nos centros acadêmicos [da Saúde] contra o Ato médico, pelas passeatas que eram bem fortes [...] começamos a questionar a [...] formação” (informação verbal).

Em outra cidade, o surgimento do Espaço Saúde foi diferente: “Essa coisa da integração dos cursos, diversos diretórios acadêmicos e do movimento estudantil da saúde era um desejo, mas que ainda não tinha esse gás” (informação verbal).

Posteriormente, complementa que, a partir da proposta do VER-SUS: “A gente foi obrigado mesmo a se articular e se organizar para fazer a coisa acontecer aqui, e foi muito interessante porque a partir disso a gente criou o Espaço Saúde” (informação verbal).

4) Os **Estágios e Vivências**, cujas propostas tiveram como base metodológica os Estágios Interdisciplinares de Vivências (experiência de imersão em assentamentos de reforma agrária)¹⁵, e, ainda, outros tipos de experiências de imersão, como as do Estágio Nacional de Extensão em Comunidade (ENEC), da Universidade Federal da Paraíba. Também foram inspiradas em experiências ocorridas no âmbito da saúde, em interface com o SUS, como foi o caso do: Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS (ENIV-SUS), Estágios Locais de Vivência no Sistema Único de Saúde (ELV-SUS), Projeto Escola de Verão, e Vivência-Estágio na Realidade do SUS no Rio Grande do Sul (VER-SUS/RS).

5) Outro elemento elencado no mapa foi a promulgação das **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde** (DCNs), entre o final dos anos 1990 e início de 2000. Nesse período, com a necessidade de adequação dos currículos às novas DCNs, os debates nas instituições se intensificaram, e, nos locais onde havia movimento estudantil organizado, os estudantes não ficaram alheios aos debates. Eles promoveram conversas sobre a experiência entre colegas de cursos com currículos tidos como tradicionais e aqueles oriundos de instituições que adotavam perspectivas inovadoras.

O currículo tradicional refere-se às mudanças que readequavam cargas horárias sem mudanças profundas ou radicais nos processos de ensino e aprendizagem e na organização dos cursos. Por inovadores, entendem-se os programas que apresentavam aceno às experiências incentivadas a partir dos Projetos UNI. Estes propunham mudanças radicais nos currículos, ao reformularem seus locais de inserção de práticas formativas (ao utilizarem a própria rede do SUS como local de formação) e ao organizarem um currículo que articulava a relação pedagógica entre ensino-serviço-comunidade^{16,17}.

6) **Conferências de Saúde realizadas em 2003**. A partir da convocação antecipada da 12^a Conferência Nacional de Saúde, a participação de estudantes nas Conferências fez parte da agenda do movimento estudantil, naquele ano. Coelho Neto¹⁸ narra sua avaliação sobre a organização do movimento de medicina nesse processo de conferências. O autor afirma que o movimento estudantil da área da saúde esteve presente ativamente na organização para as conferências, com propostas e debates acerca de questões importantes para o movimento estudantil. Cita que houve diversos estudantes delegados na Conferência Nacional, eleitos nas conferências municipais e estaduais. Também foram indicados delegados para “vagas nacionais” concedidas pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, criadas a partir de documento elaborado em conjunto pelas Executivas dos Cursos da Área da Saúde para participação estudantil na etapa nacional dos debates. Coelho Neto diz, também, que a Conferência debateu, entre outros temas importantes, o Projeto de Lei (PL) 25/2002, referente à regulamentação do “Ato Médico”. Segundo ele, essa discussão gerou intensos debates entre os estudantes representantes do movimento estudantil na Conferência, assim como na sociedade e no governo.

7) Na linha do Ministério da Saúde, no mapa, constituindo a **Política de Educação para o SUS (EducarSUS)**, houve lembranças sobre a importância dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEP) para o exercício do protagonismo estudantil e para a formação de facilitadores do VER-SUS/Brasil. Os PEPs se constituíram por instâncias colegiadas que serviam para articulação, diálogo, negociação e pactuação interinstitucional. Foram espaços onde atores de diversas origens se encontravam e pensavam juntos a Educação Permanente em Saúde. O formato da discussão era como em uma mesa de negociação, em forma de roda. Nesta perspectiva, não havia comando vertical e obrigatório. Contava-se com a participação de: gestores, instituições de ensino com cursos na área da saúde, movimentos sociais ligados ao debate de políticas públicas de saúde, trabalhadores, conselheiros e estudantes da área da saúde. Qualquer pessoa que estivesse envolvida com questões de saúde no Brasil e tivesse interesse poderia participar¹⁹. A partir da implantação, os PEPs passaram a ocupar as agendas de debates no interior do Movimento Estudantil da Área da Saúde, uma vez que os estudantes começaram a ter assento nesse espaço institucional de definição de políticas de saúde.

8) As **Residências Integradas em Saúde** foram mencionadas, pelos sujeitos da pesquisa, no mesmo sentido de ocupação de momentos de debates entre estudantes. Foi estimulado o debate de questões como: trabalho em equipe multiprofissional, educação permanente em saúde e exercício profissional, entre outros aspectos. Naquele momento, o Projeto de Residência Integrada em Saúde tinha por objetivos²⁰: a) definir necessidades de especialistas em áreas profissionais por região do país; b) redefinir oferta de vagas das residências já existentes; c) modificar a residência médica de forma a adequar os perfis profissionais em função de diversificação de cenários de práticas, na articulação da área hospitalar com a rede do SUS; d) construir equipes matriciais, transformar as práticas hospitalares no sentido da integralidade e autonomia dos usuários; e) incentivar a criação de programas multiprofissionais de residência em saúde em áreas prioritárias.

9) A **Educação Permanente em Saúde (EPS)** tornou-se, em 2004, uma Política Nacional (Portaria GM/MS nº 198, 2004). A EPS tem por concepção pedagógica colocar o cotidiano do trabalho, ou da formação, em análise. Deve possuir porosidade para pôr em cena e ainda deixar-se afetar por todos os vetores que configuram certo padrão de práticas. No campo da Saúde, constitui “estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação”⁸ (p. 163-4). Submete os processos de mudança nas graduações “à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e serviços de saúde”⁸ (p. 164).

10) O **AprenderSUS** também foi lembrado como um elemento agenciador de encontros entre estudantes, em função de seminários de apresentação e discussão dessa política. Conforme documento ministerial²¹, esta visava promover “mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação”. Para alcançar seu objetivo, a política do AprenderSUS possuía algumas estratégias, entre elas: a) disparar convocatória nacional para desencadear sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; b) ampliar o pensamento crítico, a fim de dinamizar mudanças na graduação, com cursos de especialização, oficinas regionais e apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; c) promover trabalho articulado com o Ministério da Educação.

Além das políticas propostas pelo Ministério da Saúde, outras questões referentes ao início do primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006) começaram a provocar diferentes agenciamentos nos estudantes e para o conjunto do Movimento Estudantil naquele período. Nesse sentido, a recordação a respeito do AprenderSUS, por parte dos participantes da pesquisa, esteve associada tanto às diversas políticas que contribuíram para o aprendizado, articulação e mobilização estudantil com o movimento de mudanças na formação na área da saúde, como ao momento político no qual havia sido lançado.

Isto porque esse processo ocorria ao mesmo tempo em que o Ministério da Educação pretendia encaminhar um **Projeto de Lei de Reforma Universitária** ao Congresso Nacional, ao qual o Movimento Estudantil era contrário. Outro fato importante é que, antes do lançamento do AprenderSUS, havia ocorrido a **Reforma da Previdência**, e que teria sido motivo de situações de rompimento no campo político da esquerda brasileira, sobretudo dentro do Partido dos Trabalhadores, tendo efeitos no ME, já que vários estudantes faziam parte ou estavam em contato com estudantes que participavam nesses campos políticos.

Um documento assinado e distribuído pelo Movimento Estudantil²², no dia do lançamento do AprenderSUS, afirmava que: “Desvincular o processo de reforma universitária da mudança na formação dos cursos da área da Saúde, como vem sendo apontado pelos Ministérios da Saúde e da Educação neste seminário, é cair num grave erro” (informação verbal).

Os estudantes compreendiam que, com essa proposta de reforma do Ensino Superior, os objetivos do Aprender-SUS e a própria consolidação do Sistema Único de Saúde se tornariam ‘inviáveis’. Este documento exemplifica como as relações entre MS e ME, mesmo em diálogo na construção conjunta do VER-SUS, eram cotidianamente permeadas por tensões. Bilibio⁵, em sua tese, chegou a apresentar que havia uma dimensão de tensão entre forças estudantis e forças governamentais nas parcerias entre o movimento estudantil e governo nas experiências de VER-SUS, especialmente na experiência do VER-SUS/Brasil, em 2003 a 2005.

O aporte de novos elementos na cena sobre a invenção das ‘vivências no SUS’, como os já descritos, podem contribuir para a compreensão do processo político e pedagógico para a emergência do VER-SUS/Brasil. Visualizar diversos aspectos que fizeram parte da história coletiva dos sujeitos envolvidos na construção das vivências aponta para uma ruptura na análise linear da ‘história do VER-SUS’, e sugerem uma perspectiva tipo rizoma, onde não se sabe a origem ou o centro.

VER-SUS/Brasil como marcador de 'acontecimento' na saúde coletiva

Ao longo da pesquisa, fomos percebendo que os participantes, ao contarem sobre suas experiências no VER-SUS, falavam sobre quanto o processo das 'vivências no SUS' foi marcante em suas vidas. Como tudo que marca, pode alterar trajetórias, mudar formas de ver, de viver, de sentir, de construir sua vida profissional e afetiva, e "engendra a subjetividade, como formas presentes e em ação"²³ (p. 13). Outros relatos apontavam que o processo VER-SUS/Brasil trouxe marcas coletivas, isto é, vários sujeitos marcados, cada um ao seu jeito, mas por um conjunto de experiências coletivas e individuais, em simultaneidade.

Destacamos, por exemplo, o que foi dito em um dos relatos: "Momento muito rico que marcou uma juventude daquele período, da acadêmica, uma juventude acadêmica que estava envolvida com os temas da saúde naquele momento" (informação verbal).

Outro participante verbalizou: "Acho que formou uma geração de militantes muito interessante, que, apesar de estarem em espaços diferentes, militâncias diferentes e até partidos diferentes, carregam uma fala em comum de algumas coisas. Aquilo formou uma geração, em parte, não só aquilo, mas aquele processo" (informação verbal).

Com esses e outros tantos relatos fervilhando e, pela implicação das pesquisadoras em organização do VER-SUS, passamos a interrogar se o momento de construção do VER-SUS/Brasil não teria sido um 'acontecimento' no campo da Saúde Coletiva brasileira. Em função do período histórico que o Brasil vivia à época da pesquisa, com as manifestações populares, que ficaram conhecidas por Jornadas de Junho, em 2013, nos sentíamos partícipes, o que influenciou a pensarmos em utilizar 'acontecimento', num âmbito mais restrito (Saúde Coletiva), relacionado ao processo de construção do VER-SUS/Brasil.

Na busca por compreendermos melhor a ideia de 'acontecimento', nos valem do conceito de Benevides de Barros²⁴, que diz que o termo "[...] traz exatamente o sentido de ruptura, daquilo que não pode ser representado, que interrompe uma sucessão de fatos" (p. 241). Ainda segundo a autora, o acontecimento teria algumas outras características, como: ter ocorrido em um determinado momento, ou seja, ser datado e localizado. Todavia, mesmo datado, a ruptura que o acontecimento produz tem possibilidade de se irradiar, de "encontrar ressonância em uma multiplicidade de acontecimentos ainda invisíveis, que esperavam a invenção de formas para a sua atualização" (p. 242).

Para Deleuze⁹ o "atual não é o que somos, mas aquilo em que vamos nos tornando" (p. 92). O autor refere ainda que "a história é o arquivo, é o desenho do que somos e deixamos de ser, enquanto o atual é o esboço daquilo em que vamos nos tornando" (p. 93). A partir disso, compreendemos a noção de atual não como sinônimo de tempo presente, ou o que somos hoje, mas como conceito que opera no sentido do movimento, de mudanças, e que coloca em disputa diversos sentidos a depender do que está em atualização.

Benevides de Barros²⁴ diz que o acontecimento funciona por conexão, por contágios, e não por generalização e universalização. Outra característica é a ausência de sujeito no acontecimento, isto é, não há autor único e exclusivo, e nesse sentido, as relações tornam-se públicas, ou seja, as relações poderiam ser modificadas, compartilhadas pelo outro. Vercauteren, Crabbé e Müller²⁵, assim como Benevides de Barros²⁴, apontam o acontecimento como uma interrupção. Os autores referem que o acontecimento pode ser tanto fechado e localizado – exemplificam a partir dos acontecimentos de Maio de 1968, ou de 11 de Setembro em Nova York –, como também referem que o acontecimento poderia ser difuso, e de difícil identificação e localização. Ademais, acenam que "Algo permanece, sin embargo, después del acontecimiento, algo que se aloja en nosotros y puede aguardar ahí varios años incluso"²⁵ (p. 42).

Tais conceitos e concepções são ferramentas que aportam compreensões acerca do 'acontecimento' e, assim, possibilitam a visualização do VER-SUS/Brasil como um 'ponto de virada', ou, em alguma medida, um 'acontecimento'. Assim como em uma dobra, de um lado, aparece o 'acontecimento'

no sentido que demarca um ponto de ruptura com o momento anterior, ou seja, não há como voltar atrás. De um lado da dobra temos a política pública do VER-SUS, que disparou encontros entre estudantes de diferentes profissões, envolvidos com o movimento estudantil, mas que nunca haviam se encontrado anteriormente para discutir, experimentar e lutar por questões no campo da saúde.

No outro lado da dobra, ocorrendo ao mesmo tempo, o 'acontecimento' VER-SUS também marca um ponto de ruptura com o momento futuro. Deixa de ser 'acontecimento' no mesmo instante em que se funda enquanto tal, e passa a irradiar efeitos. Efeitos estes que adquirem forma de estratégias – como o caso de tornar-se de fato uma política pública – ou de outras diversas formas onde existam margens para gerar, inclusive, outros acontecimentos. Por exemplo, no caso dos encontros entre estudantes, a partir de uma produção de novas formas de coletivos estudantis, organizados por cidades ou estados, no âmbito da discussão da questão saúde, e não mais por cursos de graduação ou por universidade, como foi possível visualizar em experiências de Espaços Saúde.

Considerações finais

As experiências de VER-SUS têm-se apresentado como iniciativas que não pretendem constituir-se como modelo de formação para a área da saúde; mas, sim, proporcionar possibilidades de desassossegos, incômodos e curiosidades entre os envolvidos, no que se refere ao *modus operandi* da formação e de trabalho em saúde.

Neste artigo, pretendeu-se apresentar novos elementos na cena sobre a invenção das 'vivências no SUS' como política pública. Elementos políticos da conjuntura da época de sua inauguração e que foram fundamentais para a constituição de determinada prática formativa.

Consideramos que os desassossegos produzidos pelo VER-SUS possuem inúmeras potências, que incluem o incentivo ao protagonismo estudantil em seu processo formativo, não só individual, mas, sobretudo, coletivo. São os incômodos que têm a potência de operar nas análises dos processos de trabalho e de formação aliando o tecnicismo ao humanismo³.

Nessa vertente, o VER-SUS apresentou-se como 'acontecimento' porque inaugurou um estágio de vivência onde "o grande mérito [...] não é o de ver para conhecer ou para saber o que mudar ou melhorar, mas o de apropriar em si a afirmação da saúde e, permanentemente, diante do vivo"²⁶ (p. 274). Ou seja, inaugurou uma experiência construída a partir do diálogo entre governo e movimento estudantil, onde o central de sua prática formativa era o aprendizado de interrogar o cotidiano, de interrogar a si próprio, e de interrogar as práticas de saúde vivenciadas, e, a partir das interrogações, produzir mudanças comprometidas ética-politicamente com o Sistema Único de Saúde.

Eis a razão pela qual foram enunciadas, por palavras e desenho, várias linhas, fatos e políticas públicas que delineamos como subjetivantes no processo que constituiu as 'vivências no SUS' e que proporcionou experiências de formação de 'coletivos organizados produtores de saúde'²⁶ no campo da formação em saúde.

Consideramos que as 'vivências no SUS' podem proporcionar 'coletivos' – junção de grupo de pessoas que são interligadas por uma atividade com finalidade produtiva. Nesse caso, vivenciar, experienciar e debater sobre o SUS, em um coletivo 'organizado', isto é, grupo articulado para uma finalidade. Em relação aos *coletivos organizados*, estes se agrupam a partir de um objetivo de produção, e não por identidade *a priori* (ser estudante, ser professor). Nesse sentido, o VER-SUS tem a potência de aglutinar não apenas estudantes, mas, também, docentes, usuários, gestores que possuem afinidade numa produção de saúde com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Percebemos, nesse processo, o protagonismo de estudantes e trabalhadores na saúde e nas práticas cuidadoras que estabelecem relações de alteridade com os usuários.

Colaboradores

Ambas as autoras participaram ativamente da discussão dos resultados, assim como da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto VER-SUS/Brasil: relatório de avaliação do Projeto-Piloto. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório VER-SUS/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS, organizadores. Caderno de Textos do VER-SUS/ Brasil. Porto Alegre: Rede Unida; 2013.
4. Maranhão T, Matos IB, Morrudo CA. Educação superior e práticas inovadoras: por que não podemos prescindir do VER-SUS na formação de Coletivos Organizados Produtores de Saúde? In: Anais Colóquio Internacional de Educação & Justiça Social. Curitiba; 2014.
5. Bilibio LFS. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
6. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol Estud.* 2001; 6(1):17-27.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004; 14(1):41-65.
8. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16):161-8.
9. Deleuze G. O mistério de Ariana. Lisboa: Ed. Veja, Passagens; 1996.
10. Merhy E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido [Internet]. 2004 [citado 18 Mai 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>.
11. Meyer DE, Paraíso MA, organizadores. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação. 2a ed. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2014. p. 17-24.
12. Gastaldo D. Pesquisador/a desconstruído/a e influente? Desafios da articulação teoria-metodologia nos estudos pós-críticos. In: Meyer DE, Paraíso MA, organizadoras. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação. 2a ed. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2014. p. 9-13.
13. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
14. Maranhão T. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um "garimpo" bibliográfico. *Rev Eletron Comum Inov Saude [Internet]*. 2013 [citado 30 Dez 2013]; 7(4):[14 telas]. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/529>.
15. Torres OM. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde no Brasil: caracterizando a participação estudantil. *Rev Eletron Comum Inov Saude [Internet]*. 2013 [citado 27 Dez 2013]; 7(4):[14 telas]. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/571>.

16. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS; 2005. p. 69-92.
17. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos de acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Cadernos de textos VERSUS Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 194-237.
18. Coelho Neto G. 12^a Conferência Nacional de Saúde: tempo de lutas e sonhos. In: Coelho Neto G, Pinto HA, Asas M, organizadores. *Movimento estudantil em defesa da vida: reflexões e experiências da luta cotidiana*. Recife; 2008.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária. Carta aos participantes do Seminário AprenderSUS. [citado 26 Maio 2014]. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/enev/docs/cartaaprendersus.htm>.
23. Ferla AA. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: Educs; 2007.
24. Barros RB. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 2a ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
25. Vercauteren D, Müller T, Crabbé OM, organizadores. *Micropolíticas de los grupos: por una ecología de las prácticas colectivas*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2010.
26. Ceccim RB. Onde se lê "Recursos Humanos da Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção da Saúde": desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção Social da demanda: direito à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005. p. 161-80.

Maranhão T, Matos IB. Vivencias en el Sistema Brasileño de Salud (SUS) como marcadoras de acontecimiento en el campo de la Salud Colectiva. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):55-66.

En un escenario político favorable a innovaciones y expectativas de cambios en las políticas públicas de salud, surge la iniciativa de las Vivencias y Estadios en la Realidad del Sistema Brasileño de Salud (VER-SUS) experimentada por estudiantes de graduación en diferentes regiones de Brasil. En este estudio, con abordaje cualitativo, se realizaron entrevistas, investigación documental y bibliográfica como herramienta de producción de datos, cuyo análisis se realizó bajo la perspectiva teórico-metodológica post-crítica de inspiración rizomática. La discusión sintetiza elementos históricos de la época (2003-2005), cuya idea de prácticas formativas del VER-SUS se mostró potente en las experiencias analizadas, íntimamente vinculadas al protagonismo del movimiento estudiantil y de las discusiones en aquel período. El VER-SUS es visto por los sujetos del estudio como acontecimiento en el campo de la Salud Colectiva o ponto de inflexión, al configurarse como novedad e invención en aquel escenario.

Palabras clave: Protagonismo estudiantil. VER-SUS. Educación permanente en salud. Salud colectiva. Educación en salud.

Submetido em 04/03/16. Aprovado em 10/01/17.

A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde

Eliane Oliveira de Andrade^(a)
Luiz Renato Paquiela Givigi^(b)
Ana Lúcia Abrahão^(c)

Andrade EO, Givigi LRP, Abrahão AL. The ethics of self-care as a way of creating possibles for work in Health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):67-76.

The objective of this paper is to contribute to the discussion about practices in the offer of care, guided by the challenge of escaping from the hegemony of prescriptive and homogenizing references in the field of Health, specifically those references that subsume processes of experimentation of a life in to a general and abstract notion of life. This is done with the aim of fitting subjects' experiences into truths that prescribe ways of living that are based on moralizing and undermining conceptions. Based on the work of the philosopher Michael Foucault, the focus of the paper will be on thinking about a way of being in the midst of health care work, grounded in an ethical viewpoint that supports the notion of life in its broadest sense, guided by what Foucault called the "ethics of self-care".

Keywords: Ethics. Self-care. Health care.

O objetivo deste artigo é contribuir para a discussão das práticas de produção do cuidado pautadas pelo desafio de se deslocarem da hegemonia dos referenciais prescritivos e homogeneizantes no campo da Saúde, isto é, daqueles que submetem os processos de experimentação de uma vida a uma ideia geral e abstrata de vida, buscando enquadrar a experiência dos sujeitos em verdades que ditam maneiras de viver baseadas em concepções moralizantes e despotencializadoras. Nosso esforço será o de pensar, a partir da filosofia de Michael Foucault, um modo de estar em meio aos processos de produção do cuidado calcados por uma perspectiva ética em favor da vida em seu sentido mais amplo, norteados por aquilo que o filósofo denominou de uma "ética do cuidado de si".

Palavras-chave: Ética. Cuidado de si. Cuidado em Saúde.

^(a) Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Dr. Celestino, 74, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24220-900. aneoandrade3@gmail.com

^(b) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFF. Niterói, RJ, Brasil. renatogivigi@gmail.com

^(c) Departamento Médico Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, UFF. Niterói, RJ, Brasil. abrahaoana@mail.com

Introdução

A proposta deste trabalho é contribuir para a discussão das práticas de produção do cuidado pautadas pelo desafio de se deslocarem da hegemonia de referenciais normativos e homogeneizantes que, muitas vezes, acabam determinando as relações no campo da Saúde. Ao mesmo tempo, e uma vez que são hegemônicas, e não totalizantes, buscaremos apontar para a possibilidade sempre presente de outras formas de produzir cuidado em saúde. Para levar adiante tal objetivo, tomaremos como referencial teórico as análises do saber, do poder e da ética desenvolvidas pelo filósofo Michel Foucault a fim de se pensar outros modos de estar em meio aos processos de cuidar.

Como trabalhadores/pesquisadores inseridos nesse campo, tal empreitada visa, ainda, colocar em análise os lugares que ocupamos nas práticas de saber, poder e subjetivação, apostando naquilo que Foucault¹ denominou “ética do cuidado de si” como caminho possível para um cuidado que escape aos processos de dominação da vida, produtores de padecimentos tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

Os paradoxos da ética na atualidade

O tema da ética, tradicionalmente circunscrito ao campo filosófico, vem ganhando cada vez mais relevo no debate contemporâneo. Assim, tanto na produção de diferentes campos do conhecimento quanto na vida cotidiana, parece existir um clamor relativo a essa questão, acompanhado de uma tendência que convoca os indivíduos a se posicionarem eticamente frente às mais diversas questões colocadas pelo contemporâneo. A análise que se costuma fazer a esse respeito é a de que vivemos uma crise de valores, fato que pode ser sobejamente observado pela quantidade de discursos pronunciados por especialistas que apontam para a necessidade de mais leis, rigor e punição relativos ao cumprimento das normas sociais. A consequência de tais análises faz-se ainda acompanhar por discursos que clamam por maiores controles que, supostamente, melhor regulariam as relações entre os indivíduos, doravante interpretadas como desordenadas.

A referência à crise de valores aqui é um tanto quanto irônica e visa fazer uma crítica a esse modo de interpretação do campo social. Na verdade, pensamos que tais discursos são em si mesmos produtores de maneiras de se relacionar com o mundo, implicadas com a própria produção da sensação de crise subjetiva e de sua consequente captura pelas agências produtoras de verdades. Suely Rolnik² denomina esse sentimento de “síndrome da carência-e-captura”, que, grosso modo, e no que concerne ao campo em questão, significa a produção de um profissional de saúde que se quer apto a responder às mais variadas situações, demandando por sua vez um constante aprimoramento pelo consumo de capacitações que supostamente conteriam a verdade e a solução dos problemas.

Confundindo a instabilidade própria das relações contemporâneas com a noção de desordem, o atual apelo à ética se fará então por um apelo ao retorno de regras mais rígidas, supostamente capazes de produzir uma maior moralização do tecido social. Aqui, a referência à ética será facilmente identificada como uma espécie de moralização das relações, isto é, como fechamento da possibilidade de se pensar outras formas de estar no mundo, uma vez que, em vez de afirmar a crise dos códigos endurecidos como possibilidade de invenção de novas maneiras de ser e estar com o outro, demandam por mais limites e contenções. Basta abrirmos o jornal ou ligarmos a televisão para observarmos esse reiterado olhar negativo dirigido às relações humanas. Frente a qualquer situação de conflito, as saídas apontadas costumam ser as mesmas, ora indicando a ausência de leis mais rigorosas, ora assinalando a falta de fiscalização e cumprimento das que já existem.

No âmbito do cuidado em Saúde tal produção não é diferente, uma vez que a referência à ética aponta para o respeito aos códigos que prescrevem as condutas das respectivas profissões, nas quais as faltas são atribuídas ao cumprimento ou não dessas normativas, descrito por códigos de “ética” que, na verdade, dizem respeito a parâmetros legais que definem aquilo que se deve ou não fazer, bem como suas punições. Uma vez que se supõe que as verdades estão contidas nesses códigos, as soluções propostas em vista da constatação de sua fragilidade em dar conta dos tensionamentos e

^(d) O site Cofen.gov.br, o portal da transparência que assegura o direito à informação, disponibiliza dados estatísticos do período janeiro de 2015 à dezembro de 2015. Nele, podemos encontrar 4.148 solicitações de ação ao Conselho Federal de Enfermagem. Do total desse número, 888 são reclamações, 103 são denúncias e apenas quarenta são elogios. Em relação às denúncias, tratam-se de casos que estão diretamente ligados a infrações do Código de Ética, que resultam em processo jurídico e penalidades como advertência, suspensão e cassação.

^(e) Referências às doenças do poder.⁴

da complexidade das situações serão buscadas no apontamento de culpados^(d), na falta de fiscalização ou na produção de mais códigos, portarias, legislações e regulamentos.

Diferente disso, e aliados a Foucault³, para quem a ética está relacionada a uma atitude de crise e de crítica, queremos pensar a ética – e nesse sentido também o cuidado – como um exercício de experimentação em meio a processos sempre singulares, isto é, em meio a relações sempre inéditas que interrogam os códigos em sua abstração homogeneizante. Queremos pensar uma ética identificada àquelas situações em que as certezas anteriormente garantidas pelas verdades dos códigos fracassam, exigindo dos sujeitos uma atitude de reinvenção dos modos de relacionamento consigo, com os outros e com as próprias verdades estabelecidas.

Assim, diferente de uma posição que busca negar a crise, afirmamos a ética como acolhida dos tensionamentos inerentes às relações de poder entre os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado e de vida. Para além do bem e do mal, pensamos as desestabilizações não como algo a ser consertado. A desestabilização não é um defeito, mas a condição, ou melhor, o espaço-tempo oportuno para a construção da ética, para fazer proliferar as múltiplas possibilidades de pensar e agir, de inventar novas maneiras de estar com o outro, de cuidar-se e de cuidar.

Ainda quanto aos paradoxos em torno da ética no contemporâneo, vale ressaltar que um dos equívocos bastante comuns em nossas formas de pensar aquilo que Foucault⁴ chamou de doenças do poder, que são a “dominação e o fascismo”^(e), é o de pensar que tais patologias se encontram em regimes extremamente violentos ou de dominação absoluta, como foram o nazismo na Europa e as ditaduras na América Latina. Todavia, a partir da perspectiva que aqui adotamos, pensamos que é justamente no momento em que se passa a afirmar uma crise de valores, de ausência de controle ou de uma suposta exacerbação das liberdades é que devemos tomar cuidado, pois se é certo que este momento constitui-se em uma oportunidade para o exercício das práticas éticas, é certo também que ele porta toda uma tentativa de imposição de verdades fundamentais que se aproveitam do desespero de muitos. Em suma, pensamos que as relações entre os seres humanos, quais quer que sejam, devem ser cuidadas com práticas de liberdade, que é a própria condição da ética, e não com práticas de controle e rebaixamento da autonomia do outro e de nós mesmos.

Do lugar do especialista nas práticas de verdade e poder

Em meados da década de 1970, Michel Foucault coloca o problema da ética nos chamando a atenção para uma série de modulações nas formas de exercício do poder que caracterizam nossa sociedade. Nesse sentido, ele afirma que na modernidade há uma modulação da série tradicional do governo político em que o poder era exercido pela exterioridade de um soberano. Tal afirmação se dá com base na inversão provocada pelo conceito de “governamentalidade” adotado por Foucault⁵ a fim de analisar o surgimento dos novos diagramas de poder que darão sustentação ao surgimento dos grandes Estados territoriais, que, por sua vez, darão ensejo a práticas de governo que assumem um caráter cada vez mais cotidiano.

O termo governo aqui diz respeito ao seu significado amplo.

Devemos deixar para este termo a significação bastante ampla que tinha no séc. XVI. Ele não se referia apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados; mas designava a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes [...] Governar, nesse sentido, é estruturar o campo de ação dos outros.⁵ (p. 244)

O desenvolvimento de tais práticas, denominadas por Foucault de “artes de governar” – em oposição aos discursos sobre o governo pautados no modelo do príncipe de Maquiavel – produz uma modulação nos modos de pensar o poder como possuindo um centro fixo, fazendo com que o Estado e suas instituições, ou as classes ditas dominantes, percam suas características de centro emanador do poder. O poder, não sendo mais entendido como domínio de uma classe, passa então a ser pensado como exercício nas relações entre os seres humanos, relações de poder cotidianas, condução de conduta perpassada por todo um campo de gestos, “respostas, reações, efeitos e invenções possíveis”⁴ (p. 243).

Paradoxalmente, o que esta nova organização dos mecanismos de exercício do poder quer demonstrar não é um menos de controle, mas um mais de governo. O que está em jogo, portanto, é o caráter multivetorializado dos exercícios de poder, não havendo uma evidente separação entre quem exerce e quem o sofre. “O poder é coextensivo a toda relação social”⁴ (p. 247).

Trata-se, desse modo, de um desbloqueio das práticas de governo antes restringidas ao modelo jurídico do soberano cuja preocupação avança para além das relações deste com seu território, passando para um regime interessado em governar também as “coisas”, “problemática geral do governo em geral”⁵. Daí o uso de expressões como “microfísica do poder” ou mesmo “biopoder”, esta última utilizada para caracterizar um regime de poder que incide sobre a vida não apenas para fazê-la cessar, como era o caso do modelo da soberania, mas sobretudo para investi-la positivamente.

A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer [...] o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no como da vida [...]⁶. (p. 294-5)

De um ponto de vista histórico, a preocupação com esta incrementação positiva do viver com seus desvios e acidentes a serem controlados pode ser designada como sociedade de normalização. Segundo Foucault⁶, as sociedades de normalização surgem no fim do século XIX para dar conta da patente inoperância do modelo jurídico do soberano em reger econômica e politicamente uma sociedade em vias de expansão demográfica e de industrialização.

Com efeito, será para abarcar tais fenômenos que veremos surgir o que Foucault denominou sociedade de normalização. Segundo o autor, sua novidade consiste em ter conseguido conjugar dois mecanismos de poder distintos: os mecanismos do poder disciplinar (século XVII e início do XVIII) e os mecanismos de um poder regulamentador (fim do século XVIII). Em outros termos, um poder exercido como anátomo-política do corpo-organismo a partir de instituições disciplinares e, por outro lado, uma biopolítica da população por meio de mecanismos regulamentadores do viver.

Temos, portanto, desde o século XVII (ou em todo caso desde o fim do século XVII), duas tecnologias de poder que são introduzidas com certa defasagem cronológica e que são sobrepostas. Uma técnica que é, pois disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população⁶. (p. 297)

Assim, a mudança nas relações de forças que dão ensejo à entrada da vida nos mecanismos da produção trará toda uma preocupação com a higiene e com a *performance* do corpo mediante o jogo duplo de um poder individualizante e totalizante, corpo do indivíduo e corpo da população cujo saber

médico será seu representante mais importante. Isso porque, segundo o autor, o saber-poder da medicina possui precisamente a característica de incidir sobre o corpo e sobre a população ao mesmo tempo. Daí a importância em se analisar quais forças estão em jogo quando exercitamos nosso fazer em saúde, uma vez que, ao fazer circular esses saberes, corremos o risco de assumir um lugar de autoridade sobre a vida do outro.

O próprio advento do hospital como dispositivo terapêutico – outrora lugar de acolhida dos desassistidos no momento de sua morte – demonstra esta passagem. Como afirma Foucault⁵, não foi a partir de uma técnica médica que se deu a reordenação do hospital como dispositivo de produção de saúde, mas sim por uma tecnologia política, isto é, pelo aperfeiçoamento da disciplina como técnica de gestão dos seres humanos. Distribuição espacial dos indivíduos, classificação, hierarquização das relações e das atividades, supervisão constante dos gestos e não propriamente dos resultados, vigilância e registro vão permitir que o hospital se medicalize, isto é, vão permitir que o médico assuma a autoridade sobre o processo de saúde e doença, em detrimento do pessoal e religioso, cujo saber passa a ser desqualificado.

Todavia, segundo Foucault⁶, se esse poder é confiado ao médico é porque, nessa época, algo também se modula na formação do médico.

No sistema epistêmico ou epistemológico da medicina do século XVIII, o grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. Isso significa a exigência da doença ser compreendida como fenômeno natural [...] O indivíduo sadio, quando submetido a certas ações do meio, é o suporte da doença, fenômeno limite da natureza. A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina de crise, mas ao que a circunda.⁶ (p. 107)

A dupla hipótese do nascimento do hospital, disciplinarização do espaço e deslocamento da intervenção médica para o ambiente permite ao saber médico um acúmulo de informação e de legitimidade que não se restringe à regulamentação do ambiente hospitalar, mas ao meio ambiente como um todo, concedendo à medicina o poder de regulamentar também a vida em sociedade. “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objeto de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar”⁶ (p. 111).

Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra.⁶ (p. 302)

Podemos dizer que hoje em dia a ubiquidade desse poder de normalização se intensificou ainda mais, sobretudo no que diz respeito à função de produção de modos de vida sujeitados ao saber médico, em que pastores da salvação mundana se multiplicam e fazem multiplicar toda uma lógica do bem-estar, da saúde, da segurança, da proteção contra acidentes, da higiene, entre outras^(f). São programações inteiras de rádio e televisão com sua legião de especialistas

^(f) Sobre o poder pastoral.⁴

prontos a veicular aquilo que seria a última novidade em defesa da qualidade e extensão da vida. Toda uma discursividade que, travestida de uma suposta neutralidade científica, arroga para si o direito de falar pelo outro e de ditar modelos gerais de conduta quase sempre implicados com a produção de uma vida rebaixada.

Assim, tendo em vista que o tema das biopolíticas não mais se restringe às análises pautadas em termos de ideologias dominantes e de governantes que estão lá, transcendentemente a nós mesmos, mas sim relacionadas com nossas práticas de cuidado e governo sempre implicadas com a sujeição do outro a partir de prescrições calcadas em saberes estabelecidos, cabe-nos então colocar em análise os lugares de saber-poder que ocupamos nestas relações de verdade. E é esse lugar da verdade, ou melhor, daquele que se habilita e é habilitado a fazer circular discursos verdadeiros no campo da saúde, que buscaremos pôr em questão nesse momento a partir do que Foucault indicou como um *ethos* nas relações de saber-poder.

Acreditamos que trazer para a discussão esse lugar assumido pelo intelectual nas análises foucaultianas pode nos fornecer uma primeira forma de aproximação com um modo ético de operar o saber no campo da produção do cuidado, interrogando assim nossos especialismos e seus efeitos de verdade e poder, que são muitas vezes negligenciados em seus efeitos de objetificação do outro e de nós mesmos no cotidiano de nossas práticas de trabalho e de vida.

Perguntado sobre o papel do intelectual e sobre como introduzir as problemáticas levantadas em suas pesquisas nas lutas cotidianas, que em todo caso são as nossas, Foucault⁵ vai nos falar de uma mudança no estatuto desse intelectual. Habitando setores específicos do campo social em suas relações de trabalho e de vida, e, portanto, sofrendo, ainda que de maneira diversificada, os mesmos efeitos de poder do cidadão comum, este será chamado a responder a questões bem mais concretas e específicas, deixando de ser o portador do direito de tomar a palavra para revelar a verdade e a justiça, representante da consciência universal de todos. “O intelectual dizia a verdade àqueles que ainda não a viam e em nome daqueles que não podiam dizê-la: consciência e eloquência”⁵ (p. 71).

Ainda de acordo com este, o estabelecimento de uma nova articulação entre teoria e prática possibilitará que cada vez menos se demande ao intelectual o desempenho deste papel. Chamado a responder questões cada vez mais condizentes com o lugar que ocupa, ou seja, questões cada vez mais específicas e locais, este será denominado por Foucault⁵ de “intelectual específico”, em oposição ao que reconhece como “intelectual universal”. Em consequência disso, o que vamos ter é uma espécie de deslocamento do lugar do saber e da ação política, deixando de ser estes um privilégio do grande “intelectual escritor”, passando a ser operadas cada vez mais por especialistas em saúde, educação, esporte, comportamento, nutrição, direito, entre outros.

Na medida em que as disputas no campo da verdade passam a se dar cada vez mais no âmbito técnico-científico, maior será a relevância dada à assunção desse seu novo papel. Ao contrário daqueles que optam por aderir ao cortejo fúnebre que se segue à “morte” do grande intelectual, Foucault⁵ nos chamará a atenção para as vicissitudes de sua nova modalidade, deixando entender assim que sua importância não deve ser subestimada.

Seria perigoso desqualificá-lo em sua relação específica com um saber local, sob pretexto de que se trata de um problema de especialistas que não interessa às massas (o que é duplamente falso, pois não só elas têm consciência deles como também neles estão implicados) ou de que ele serve aos interesses do Capital e do Estado (o que é verdade, mas mostra, ao mesmo tempo, o lugar estratégico que ele ocupa) ou ainda de que ele veicula uma ideologia cientificista (o que nem sempre é verdade e tem apenas uma importância secundária com relação ao que é primordial: os efeitos específicos dos discursos verdadeiros)⁵. (p. 12)

Ao chamar a atenção para o papel estratégico que este intelectual é convocado a assumir, Foucault procura apontar para as implicações decorrentes dessa modulação. Ora, a partir do descobrimento do lugar que ocupa nas tramas cotidianas do poder, tendo em vista que este não se exerce apenas ao nível das grandes estruturas repressivas como o Estado, ele terá de realizar uma crítica do próprio lugar de saber que ocupa, a partir de uma crítica de seu ser histórico, dos efeitos de seu discurso verdadeiro e de si mesmo.

O papel do intelectual não é mais o de se colocar “um pouco na frente ou um pouco de lado” para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência”, do discurso⁵. (p. 71)

Como podemos observar, tal análise constitui-se em uma atitude que interroga as implicações do lugar que ocupamos na ordem do saber/poder, e, neste caso, do saber/poder que se opera no campo das práticas em saúde. Todavia, de acordo com Foucault⁵, esta é uma empreitada que possui um caráter paradoxal, uma vez que aquilo que visa pôr em questão não são somente os lugares que ocupamos, mas, sobretudo, nós mesmos.

Esta atitude para consigo ou este *ethos* problematizador de si que caminha na direção da produção de modos de vida não assujeitados pode também ser denominado cuidado de si. E é aqui que se situa o tema da ética e, ao mesmo tempo, a novidade do discurso foucaultiano.

Foucault e a ética do cuidado de si

Após estudar as relações entre o sujeito e os jogos de verdade, seja a partir de “práticas coercitivas – como no caso da psiquiatria e do sistema penitenciário – seja nas formas de jogos teóricos ou científicos como a análise das riquezas, da linguagem e do ser vivo”, Foucault¹ se propõe a pensar os jogos de verdade sob a perspectiva das práticas de transformação empreendidas pelo indivíduo a fim de atingir um modo de ser, para se autogovernar ou, enfim, para cuidar de si mesmo.

Acompanhando um pouco mais o pensamento de Foucault¹, veremos que ele define a ética como uma atitude de cuidado entendida como “a elaboração de uma forma de relação consigo, que permite ao indivíduo constituir-se como sujeito de uma conduta moral” (p. 219).

Pela própria definição, podemos perceber que em Foucault não existe uma relação de exterioridade entre ética e moral. Não se trata então de estabelecer *a priori* uma dicotomia entre estas duas noções, nem tampouco de se livrar da moral em favor da utopia de uma relação puramente ética. A constituição de relações ativas a partir de um cuidado consigo e com o outro se dá em meio a um campo de práticas morais e de relações de poder, daí afirmarmos a ética como exercício constante em meio a essas práticas, e não como um estado a ser atingido, ou seja, como uma libertação finalizada.

Para explicitarmos melhor essa relação, devemos retomar o sentido atribuído por Foucault às relações de poder.

Quando se fala em poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo, etc. Não é absolutamente o que penso quando falo das relações de poder. Quero dizer que, nas relações humanas, quaisquer que sejam elas [...], o poder está sempre presente: quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas¹. (p. 276)

Assim, Foucault parte da ambiguidade de sentidos do termo moral para extrair deste um sentido preciso. São três os aspectos a serem destacados. O primeiro deles é o entendimento da moral como “um conjunto de valores e de regras de conduta que são propostos aos indivíduos e aos grupos por meio de diversos aparelhos prescritivos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas, etc”¹ (p. 211). Esse conjunto de regras, formulado implícita ou explicitamente, é chamado “código moral”.

Em segundo lugar, entende-se também por moral o comportamento real dos indivíduos em relação a estas regras que lhes são propostas, isto é, o modo como os indivíduos se conduzem frente ao código, respeitando, negligenciando parte dele ou mesmo desobedecendo. Esse nível será designado pelo autor de “moralidade dos comportamentos”.

Por último, e é aqui que Foucault¹ situará a ética para além do código e dos comportamentos diante deste, devemos levar em conta as diferentes maneiras pelas quais o indivíduo deve conduzir-se a si

mesmo, “diferentes maneiras para o indivíduo, ao agir, não operar simplesmente como agente, mas sim como sujeito moral dessa ação” (p. 211). Isso quer dizer que, dado um código moral, interessa-nos a maneira inventiva como o indivíduo, a partir de uma relação consigo, de um trabalho ético realizado sobre si mesmo, se conhecendo, pondo-se à prova, aperfeiçoando-se e transformando-se, pode criar para si uma constituição moral que não se encontra necessariamente na dependência dos códigos.

Entendida em um sentido tradicional, moral vem de *mores* e se refere a hábitos, costumes que são consenso em um grupo social. Tratam-se de prescrições gerais das condutas de um ser humano abstrato e universal. Assim, em uma concepção clássica, a moral prescinde da participação de sujeitos ativos; trata-se apenas de obedecer, uma vez que o pensamento e as singularidades encontram-se submetidas à validade universal de seus preceitos.

Dado esse sentido geral, o que Foucault nos chama a atenção neste terceiro nível é que não existe constituição de um sujeito moral sem a participação ativa dos próprios sujeitos. Há, nesse sentido, diversas maneiras de se constituir, de se modificar, de resistir, enfim, de se relacionar com os preceitos morais de modo a dar uma forma à nossa existência.

Sendo assim, a ética não pode ser pensada como obediência ou não aos códigos preexistentes, mas sim como forma de interrogá-los, propondo então novas maneiras de nos conduzirmos moralmente. É nesse sentido que a ética vai ser entendida como uma atitude crítica permanente de reinvenção de si mesmo nas relações. Isso porque o código moral é segundo em relação às práticas de si. Como afirma o próprio Foucault, “o cuidado de si é ontologicamente primeiro”¹ (p. 271), sendo as verdades e os códigos a formalização e estratificação deste. Isso significa que as formas fixadas e endurecidas de assujeitamento de si mesmo e do outro na forma de verdades científicas, morais ou jurídicas representam formas de captura das relações consigo e com o outro. Daí também a possibilidade sempre presente da resistência e da inventividade frente a estes códigos, possibilidade imanente ao próprio instituir da vida nas relações, nunca suprimível completamente.

Em um de seus cursos no Collège de France, destinado a tratar desta questão, Foucault⁷ chama a atenção para o estabelecimento de uma nova relação do sujeito com a verdade, ou seja, da possibilidade da aquisição de uma verdade sem a participação ativa dos sujeitos. A aquisição da verdade, cujo método cartesiano é um exemplo, passa a ser pensada a partir de regras extrínsecas ao sujeito, não exigindo assim uma implicação profunda de seu ser como condição do acesso à verdade. A advertência feita aqui aponta para o desprivilegio do cuidado de si na formação do indivíduo moderno, na qual o sujeito, na busca de aquisição da verdade, já não é afetado pelo objeto de conhecimento. O conhecimento passa então a ser concebido como uma técnica capaz de transformar o objeto, mas não mais o sujeito que conhece.

No âmbito do cuidado em saúde tal atitude já é nossa velha conhecida, em que o objeto de conhecimento da clínica, ou o outro da clínica, é objetificado por discursos e práticas que se pretendem neutros e veiculadores de um conhecimento estritamente técnico-científico, capazes de dizer a verdade sobre o funcionamento do outro, porém, carentes de acolhimento para aquilo que ele traz. Prova disso é que, a despeito de todo o acúmulo de saberes e de normativas de cuidado nesse campo, não nos parece lícito afirmar que estamos mais aptos a nos cuidar. Bem ao contrário, a proliferação de modelos de conduta parece denunciar justamente nossa dificuldade em acolher as singularidades das situações naquilo que elas nos convocam o pensar e o agir. Aqui, a sugestão do autor é a de que, caso queiramos nos deslocar desses movimentos de despotencialização da vida, precisamos inventar outra ética que não esta baseada na apreensão de verdades científicas.

Em um texto de 1976, Foucault recolocará este problema dizendo que as questões a se colocarem neste caso não dizem respeito à cientificidade ou não dos saberes, mas sim aos problema de seus efeitos de assujeitamento: “que tipo de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ‘é uma ciência’? Que tipo de sujeito falante, que sujeito de experiência ou de saber vocês querem ‘menorizar’?”⁵ (p. 170). Essas verdades, segundo o autor, seriam justamente aquelas responsáveis pela desqualificação dos saberes comuns, das pessoas, “do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinquente, etc.”⁽⁵⁾ (p. 170).

É por isso que não podemos avaliar a ética de um comportamento a partir da adequação ou não aos códigos prescritivos ou aos jogos de verdade que universalizam e normalizam a experiência

concreta dos sujeitos. Dada uma situação, devemos nos perguntar se houve espaço para o estabelecimento de relações singulares perante eles, se houve lugar para a transformação de si mesmo, para a crítica dos valores envolvidos, para a possível invenção de outros modos de estar nesses processos, enfim, para o cuidado de si.

Pode parecer estranho ao leitor, em um texto que trata do cuidado, entendido como cuidar do outro, estarmos falando de “cuidado de si”. Todavia, a esse respeito Foucault é taxativo: “não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si. O cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo é primária”¹ (p. 271).

Segundo Foucault, para além da desconsideração do cuidado de si na elaboração dos saberes modernos, como dissemos anteriormente, houve historicamente um desprivilegiado do cuidado de si sob a acusação de amor excessivo a si mesmo, como um egoísmo, poderíamos dizer. Tal tendência diz respeito a um movimento de renúncia a si mesmo, renúncia às coisas terrenas e aos desejos, movimento que será inclusive reapropriado com bastante vigor pelo cristianismo, gerando preconceitos de todo tipo. Será “quando o amor a si se tornar suspeito e for percebido como uma das possíveis origens das diferentes faltas morais”. O mal-entendido com relação ao cuidado de si decorreria dessa inversão, ou seja, de um momento em que o cuidado de si tornou-se renúncia a si e passou a ser visto em contradição com o cuidado que se deve ter com os outros.

No entanto, as práticas de si reveladas aqui não fazem oposição ao cuidado com o outro. Bem ao contrário, aqui é o cuidado de si que vai regular as relações com o outro. “O risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder indevido decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravos de seus desejos”¹ (p. 271). Como vemos, cuidar de si implica necessariamente cuidar do outro, porém, o cuidado de si não pode ser problematizado, ou seja, pensado, como cuidado com o outro. O cuidado de si é, de certa forma, ético em si mesmo, uma vez que para conduzir-se adequadamente é preciso saber governar seus filhos, sua casa, seu parceiro, saber ouvir a lição de um mestre ou de um amigo, saber discernir aquilo que é alimento ou um veneno para o corpo e para a alma. Implica, dessa forma, relações complexas e necessárias também com o governo do outro e com aquilo que vem de fora. Além disso, conhecer seus próprios afetos, seus apetites, os efeitos de poder dos lugares que ocupa, as verdades de que é portador, os valores que fazem com que nos reconheçamos como indivíduos, as prescrições que embasam nossa conduta, os modelos de humano que reproduzimos e as concepções de vida e saúde em jogo nessa reprodução são atividades indispensáveis ao cuidado de si.

Dessa forma, administrar bem os espaços de poder presentes nas relações significa então pelo menos duas coisas: não se tornar escravo do que se é, já que o cuidado refere-se a uma reinvenção de si, e não abusar do poder sobre os outros. Significa, portanto, evitar ao máximo aquilo que Foucault chama de estados de dominação, “nos quais as relações de poder, em vez de serem móveis e permitirem aos diferentes parceiros uma estratégia que os modifique, se encontram bloqueadas e cristalizadas”¹ (p. 266), impedindo a reversibilidade do movimento e reduzindo as saídas possíveis à expansão dos envolvidos.

Conclusão

A partir das discussões empreendidas e do pondo de vista de uma ética foucaultiana, podemos dizer que temos aqui pelo menos dois direcionamentos para se pensar o cuidado. Um que pressupõe o assujeitamento dos indivíduos a códigos preestabelecidos, cujo paradigma é a produção de verdades que engessam as relações entre trabalhadores e usuários. O outro é aquele cujo paradigma pressupõe uma autonomia que coloca em jogo a possibilidade de nos conduzirmos, de cuidarmos de si, de inventarmos outras políticas da existência a partir de práticas não assujeitadoras.

O cuidado que queremos afirmar no campo da produção de saúde aponta para esta última opção, isto é, para a possibilidade de uma produção singular da/na existência que se abra para diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar. De um cuidado que provoque, nas relações com o outro, possibilidades de deslocamentos, de transformações seja no trabalhador, seja no usuário, de modo

que o que vai nortear o cuidado será menos o protocolo, a norma e a regra, e mais a possibilidade de criação que se abre no fazer em saúde a partir de cada encontro.

Colaboradores

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

Referências

1. Foucault M. Ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. Ditos e Escritos; V.
2. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; 2007.
3. Foucault M. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Ditos e Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.
4. Foucault M. O Sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabino P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
5. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
6. Foucault M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

Andrade EO, Givigi LRP, Abrahão AL. La ética del cuidado de sí como creación de posibles en el trabajo en Salud. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):67-76.

El objetivo de este artículo es contribuir con la discusión de las prácticas de producción del cuidado, regidas por el desafío de su desplazamiento de la hegemonía de los factores referenciales prescriptivos homogenizados en el campo de la Salud, es decir, de aquellos que someten los procesos de experimentación de una vida a una idea general y abstracta de la vida, buscando encuadrar la experiencia de los sujetos en verdades que dictan formas de vivir basadas en concepciones moralizantes y despotencializadoras. Nuestro esfuerzo será el de pensar, a partir de la filosofía de Michael Foucault, un modo de estar en el medio de los procesos de producción del cuidado basados en una perspectiva ética a favor de la vida en su sentido más amplio, norteados por aquello que el filósofo denominó de una "ética del cuidado de sí".

Palabras clave: Ética. Cuidado de sí. Cuidado en Salud.

Submetido em 03/08/16. Aprovado em 03/04/17.

O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Geraldo Eduardo Guedes de Brito^(a)
 Antonio da Cruz Gouveia Mendes^(b)
 Pedro Miguel dos Santos Neto^(c)

Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):77-86.

This study aimed to analyze the Family Health Strategy workers' perception related with the purpose of their work. Twelve interviews were conducted: nine with workers from three Family Health Teams, that were considered as reference by municipal managers, and three with workers from Family Health Support Group, all of them with higher education. The transcription of the interviews was submitted to content analysis. Conceptual construction of the interviewed workers' purpose of work was identified as regarding the recognition of individual-centered care related with their unique needs, associated with their families and communities. This result indicated the high degree of complexity that guides the work under the Family Health Strategy, where the object of work goes beyond the individual and the biological dimension, and encompasses the social determination and its familiar and communal relationship.

Keywords: Family Health Strategy. Work. Human resources. Qualitative analysis.

Este estudo objetivou analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família acerca de seu objeto de trabalho. Foram realizadas 12 entrevistas: nove com trabalhadores de três Equipes Saúde da Família, consideradas de referência por gestores municipais, e três com trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família destas, todos com nível superior. A transcrição das entrevistas foi submetida à análise de conteúdo. Foi identificada a construção conceitual do objeto de trabalho dos entrevistados. Tratou-se do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a sua família e comunidade. Esse resultado apontou o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da Saúde da Família, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Trabalho. Recursos humanos. Análise qualitativa.

^(a) Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Jardim Universitário, s/n, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58059-900. eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

^(b, c) Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE). Recife, PE, Brasil. amendes@cpqam.fiocruz.br; pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário. Nas últimas duas décadas, a ESF ampliou significativamente o acesso aos serviços de atenção à saúde. Para dimensionarmos essa questão, cabe citar que, em janeiro de 2000, havia 4.563 Equipes Saúde da Família (EqSF) implantadas, assistindo a 8,8% da população brasileira, e, em fevereiro de 2015, esse percentual de cobertura era de 57%^{1,2}.

Porém, para além da ampliação em números e da melhoria de indicadores de saúde, espera-se que a ESF impulse, também, um movimento de mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde. Nesse sentido, demanda das EqSF envolvidas uma nova organização da dinâmica de trabalho. Cabe à ESF a desafiadora missão de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde – caracterizado pela centralidade da figura do médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico –, em um modelo de assistência coletivo, multi e intermultiprofissional e baseado na família e no contexto social onde os indivíduos vivem e trabalham. Trata-se de mudar o foco do procedimento para o do sujeito, e de enfrentar o desafio de construir novas práticas sanitárias que levarão a uma assistência à saúde solidária, acolhedora e, conseqüentemente, mais efetiva e resolutiva³.

O setor de saúde brasileiro encontra-se em um cenário de crise no que se refere a sua forma de produzir cuidado, baseando-se em procedimentos orientados por atos prescritivos que valorizam, sobretudo, a dimensão biológica, desconsiderando as subjetividades e os determinantes sociais do processo saúde-doença⁴. O processo de trabalho em saúde, assim como todos os outros, vivenciou profundas transformações com o capitalismo, as quais permitiram o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, por outro lado, perpetuou a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde⁵.

O trabalho em saúde, devido as suas características específicas de prestação de serviços, detém aspectos bastante específicos, conseqüentes de sua dimensão intelectual (saberes e autonomia dos seus agentes). As particularidades do objeto de trabalho (as necessidades de saúde) demandadas pelos usuários, e que são interpretadas pelos agentes, atribuem ao trabalho em saúde um caráter reflexivo⁶. A teoria marxista considera três componentes fundamentais do processo de trabalho: a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho. Esses componentes referem-se a abstrações teóricas pelas quais é possível compreender a realidade das práticas em saúde, onde o trabalho é a base estruturante de sua efetivação⁷.

Para Marx, o objeto de trabalho é definido como aquilo sobre o qual o trabalho é realizado e que se transforma por meio da ação intencional do trabalhador⁸. Para Mendes-Gonçalves⁹, o objeto de trabalho em saúde não é um objeto natural, porquanto se materializa por meio de um “olhar” que planeja um projeto de transformação. Souza et al.⁵ apontam, a partir de sua revisão teórica, que, no caso do trabalho em saúde, o objeto é a pessoa ou grupos populacionais que, por meio da assistência dos serviços de saúde, transformam-se de acordo com a finalidade do trabalho de manutenção da vida, promoção da saúde e melhoras nas condições de adoecimento e sofrimento. Nesse contexto, é de extrema relevância que se conheça a construção conceitual do objeto de trabalho por trabalhadores da ESF, uma vez que é a partir dela que a matéria a ser transformada será identificada pelos serviços de saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de trabalhadores de nível Superior de EqSF consideradas de referência no município de João Pessoa/Paraíba acerca do objeto de trabalho na ESF.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com trabalhadores da saúde de nível Superior de EqSF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de João Pessoa/Paraíba. Conforme apontado por Gomes e Silveira¹⁰, são inegáveis as contribuições dos estudos qualitativos na área da saúde coletiva nas investigações que se propõem a desvelar os modos de sentir, pensar e agir dos sujeitos envolvidos no fenômeno. Além disso, eles sinalizam novas formas de apreender e pensar objetos, sobretudo, quando se considera que visam justificar propostas de intervenções em ações coletivas inscritas no campo da saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2014. Na primeira fase do estudo, foram realizadas entrevistas individuais em uma amostra intencional de quatro Diretores de Distrito Sanitário. A estes sujeitos, foi solicitado que fossem indicadas EqSF que atendessem aos seguintes critérios: (1) possuir a mesma equipe de médico, enfermeiro e cirurgião-dentista pelo tempo mínimo de doze meses; (2) desenvolverem atividades de atenção individual e coletiva; (3) ser considerada EqSF de referência de trabalho na ESF em seu Distrito Sanitário.

A segunda fase consistiu na realização de entrevistas individuais com nove trabalhadores de nível Superior de três Unidades de Saúde da Família - USF (três médicos, três enfermeiros e três cirurgiões-dentistas) e três trabalhadores do NASF, um de cada uma das EqSF, indicados pelos DDS. O tamanho amostral nesta fase, foi adotado o critério de saturação das informações¹¹. O roteiro da entrevista apreendeu as percepções e expectativas dos trabalhadores acerca da finalidade, do objeto e instrumentos de trabalho e do trabalho vivo na ESF.

Optou-se por entrevistar trabalhadores de nível Superior de EqSF e NASF consideradas de referência por gestores municipais para rastrear informantes-chave. Com isso, esperou-se a identificação das potencialidades da ESF na reorientação do modelo assistencial. Logo, a construção dos resultados deste artigo a partir da percepção destes trabalhadores pode desvelar a realidade de EqSF que realmente se dedicam aos objetivos deste modelo de atenção.

Foram realizadas doze entrevistas em profundidade, com média de duração de sessenta minutos cada, por um mesmo pesquisador devidamente treinado, no local de trabalho dos participantes, em ambiente reservado, gravadas em áudio, transcritas e submetidas à validação. Foi realizada a leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações para identificação dos possíveis erros da transcrição por um sujeito não envolvido no estudo.

No que se refere às características gerais dos participantes do estudo, 11 eram do sexo feminino (92%) e com média de idade de 41 anos. Todos os entrevistados desempenhavam suas funções, no momento da entrevista, há pelo menos um ano. Duas EqSF deste estudo obtiveram certificação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com avaliação muito acima da média, e uma com certificação mediana.

Para a elaboração deste artigo, foi utilizada a dimensão da entrevista que foi disparada pela pergunta: 'Para você, qual o objeto de trabalho na ESF?'. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise do conteúdo, conduzida por um olhar interpretativo do material produzido. Para isso, as transcrições das entrevistas passaram pelos processos de: pré-análise (leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais), exploração do material (definição de categorias e identificação das unidades de registro), tratamento dos resultados, inferência e interpretação (condensação e definição das informações para análise, análise reflexiva e crítica dos resultados)¹². Da análise de conteúdo emergiram três categorias: o objeto 'usuário'; o objeto 'usuário e sua família' e o objeto 'usuário e sua comunidade'.

Todos os sujeitos convidados a participar do estudo aceitaram, livremente, participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz PE, e sua realização foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Resultados e discussão

O objeto 'usuário'

Os entrevistados, de maneira geral, apontaram como objeto de trabalho da ESF: o sujeito, o indivíduo e o usuário, que se encontram adscritos em suas USF e que têm necessidades em saúde específicas, o que é previsto pelo Ministério da Saúde¹³. Foi possível constatar que a centralidade no sujeito aponta para uma mudança na forma de se produzir o cuidado, porque os trabalhadores passam a organizar sua abordagem de acordo com o que o usuário necessita, e não mais com o que eles têm a oferecer, abandonando o foco na doença, reflexo da construção histórica da assistência à saúde no Brasil baseada no modelo curativista.

“Quando ele [o usuário] entra aqui na minha sala eu o vejo como um todo. Nessa hora eu posso ver uma manchinha na pelezinha dele, eu posso ver alguma coisa na unha, no peito. Qualquer coisa eu já registro e já passo para o [nome do médico]. Eu faço anamnese, e eu vejo o que é que ele veio procurar, não é o que eu tenho que oferecer.” (T7)

A centralidade nas necessidades do sujeito, na organização, no planejamento e na execução do trabalho entre as ESF participantes deste estudo, é uma forma de mudar o modelo assistencial. Historicamente, as práticas em saúde são construídas a partir da doença instalada abordada de maneira individual e descontextualizada da realidade dos usuários. Ao focar nas demandas singulares, a ESF avança na construção de uma assistência humanizada e capaz de responder às múltiplas necessidades de saúde de sua população adscrita.

Um dos fundamentos e dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) envolve a organização e a orientação dos serviços de saúde com base em uma lógica mais centrada nos usuários, o que também é apresentado como uma das características da Atenção Primária à Saúde (APS) por Starfield^{1,14}. Assim, a ESF propõe-se a reorganizar o processo de trabalho em saúde, ao alterar o modelo hegemônico de uma assistência tendo como foco a doença, predominantemente biológica, para uma abordagem que responda às necessidades singulares dos usuários, apresentadas nos espaços reais onde os cidadãos constroem sua história e representam seu processo saúde-doença¹⁵.

A produção do cuidado centrada no usuário pode ser capaz de potencializar a assistência à saúde individual e coletiva, uma vez que aborda aspectos sociais e culturais nos quais os sujeitos estão inseridos, além de suas expectativas, o que os torna coparticipantes do cuidado^{16,17}. Assim, o acesso aos serviços da ESF deve ser definido de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários, e não com a oferta de serviços organizada e hierarquizada previamente. Com isso, pode-se reduzir o descompasso entre a oferta assistencial das EqSF e as reais necessidades da população adscrita.

Alguns estudos, a partir da percepção dos usuários, apontam que a inversão do foco da doença para as necessidades dos usuários ainda não é uma realidade entre as EqSF. Franco¹⁸, ao apreender as percepções dos usuários acerca da ESF em um município de Minas Gerais, verificou que, para os entrevistados, a ESF era um espaço onde é oferecido um atendimento humanizado e acolhedor, porém, ainda centrado na doença. Silva e Fraccolli¹⁹ concluem que as práticas, nesse nível de atenção na região da cidade de Alfenas/MG, ainda estão sendo efetivadas de maneira bastante tradicional. São realizadas ações preventivas, centradas na saúde da mulher e da criança, sem espaço para a promoção da saúde e para a diversidade das necessidades da população atendida.

O objeto 'usuário e sua família'

O reconhecimento do sujeito singular como objeto de trabalho da ESF foi associado à sua abordagem e de sua família. Identificar o núcleo familiar não significou para os entrevistados desconsiderar as necessidades individuais dos usuários, mas assumir a família como componente ativo no processo de produção do cuidado, ampliando tanto o 'olhar', que identifica necessidades, quanto o 'fazer em saúde', que intervém e corresponsabiliza para modificar.

“Sobre a família, porque a gente é dirigido mais para a família, mas não deixa de ver como um indivíduo, é uma coisa atrelada a outra. Mas o indivíduo como um todo, mas também atrelado à família.” (T8)

“É o indivíduo dentro de uma família. Então, a gente tem que pensar ele como um todo. É o indivíduo que está inserido dentro de uma Unidade, que está no seu âmbito familiar, que lida com pessoas membros da sua família, que dependendo da situação por que ele passa, a família pode estar influenciando, enfim a gente faz uma avaliação como um todo.” (T12)

Ao incorporarem a relação entre o adoecimento individual e o núcleo familiar, os entrevistados sinalizaram uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença. Produzir o cuidado tendo como objeto de intervenção a família é uma forma de reverter o modelo fragmentado, descontextualizado dos aspectos socioculturais e centrado na doença, o que é estimulado desde a implantação da ESF. Nesse contexto, é de *mister* importância que os conceitos de família, seus arranjos e possibilidades de intervenção, cujo foco seja o núcleo familiar, adotados pelos trabalhadores da ESF, sejam investigados e discutidos em profundidade. Algumas evidências científicas^{1,14,20-23} contribuem para ampliar o debate sobre essas temáticas, conforme apresentado a seguir.

O entendimento de que as situações de adoecimento ou saúde individuais e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidado²⁰. A PNAB¹ determina que uma das atribuições comuns a todos os membros das EqSF é o desenvolvimento de práticas cuidadoras familiares por meio de intervenções que influenciem o processo saúde-doença dos usuários e suas famílias. É no contexto familiar onde são vivenciadas e aprendidas questões relacionadas às práticas de cuidado com a saúde e hábitos de vida pela maioria dos usuários.

Uma das características da APS elencada por Starfield é a orientação para a família, compreendendo e analisando o processo saúde-doença no contexto familiar e da rede social¹⁴. Por meio do estabelecimento de vínculos e do conhecimento da história das famílias dos usuários com necessidades em saúde, os trabalhadores das EqSF podem ampliar sua percepção de demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados por uma abordagem individualizada^{20,21}.

De acordo com a categorização de abordagens da família na ESF proposta por Ribeiro²², foram identificadas, nas falas dos sujeitos entrevistados neste estudo, três concepções de abordagem de família. Na primeira, ‘família/indivíduo’, a abordagem familiar se concretiza nas necessidades do usuário, foco da atenção. Nesse contexto, o núcleo familiar exerce influência positiva ou negativa no processo saúde-doença de seus membros, desempenha papéis e assume deveres e responsabilidades. Isso requer orientação e treinamento. A segunda é a concepção de ‘família/domicílio’, em que o ambiente, a infraestrutura material da família, as condições de cuidado desse universo são o foco de atenção. Por fim, a de ‘família/indivíduo/domicílio’, onde se fundem os sentidos/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio.

Cabe destacar o apontado por Ribeiro²², que adotar a família como foco da AB não garante que isso se efetive no cotidiano do processo de trabalho na ESF. Os diversos atores envolvidos na produção do cuidado nesse nível de atenção podem ter conceitos de família que ocasionam abordagens distintas. Essa possibilidade de multiplicidade de abordagens impacta no planejamento e na execução do cuidado e a orientação da formação de trabalhadores, e, conseqüentemente, um entrave na abordagem integral das famílias adscritas, porque essa unidade que será cuidada não é suficientemente identificada.

Silva et al.²⁰ realizaram uma revisão integrativa da literatura visando identificar o conceito de família e os fatores associados à abordagem familiar na ESF, e concluíram que não era apresentado o conceito de família e não se encontravam orientações sobre como conduzir a ação profissional diante de questões levantadas sobre a dinâmica familiar nos documentos oficiais que orientam a ESF. Alencar et al.²³, ao avaliarem o enfoque familiar das ESF em São Luiz/MA, por meio da aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) a usuários, gestores e trabalhadores, verificaram que, sob o ponto de vista dos usuários, o interesse por suas condições de vida e de suas famílias ainda não figura entre as questões investigadas pelos profissionais. Já os profissionais e os gestores referiram que essas

questões são coletadas na maioria das vezes, e que um expressivo percentual de prontuários médicos considerava o núcleo familiar.

A carência de estudos sobre a família na ESF, verificada por Silva et al.²⁰, pode ser considerada um sinal de alerta acerca do pouco interesse que ela desperta nos profissionais e na Academia. Associa-se, à incipiente produção científica sobre o tema, a indefinição conceitual de família e de abordagem familiar nos documentos oficiais; e que existe a possibilidade de que não esteja acontecendo a diferenciação entre o cuidado de um indivíduo doente que tem uma família e o de uma família que tem um indivíduo doente.

Assim, as práticas em saúde podem estar sendo orientadas a partir de conceitos individuais que podem comprometer a efetivação do compromisso de mudança do modelo assistencial proposto pela ESF. Por essa razão, são necessários estudos e debates com as diversas esferas envolvidas. Estes devem visar elaborar um arcabouço teórico para nortear as políticas públicas, as práticas dos trabalhadores das EqSF e os processos de formação e educação permanente.

O objeto 'usuário e sua comunidade'

A inserção do usuário em sua comunidade também foi apontada como objeto de trabalho pelos entrevistados. O componente 'comunidade' foi associado a uma ampliação da percepção do escopo de questões a serem consideradas pelos trabalhadores no processo saúde-doença dos usuários, que envolvem realidades como a violência e as condições de moradia e de saneamento, conforme segue.

"O foco são as pessoas, é a comunidade. Só que a pessoa como um todo, não um indivíduo isolado, é a pessoa como um todo em sua realidade, como a violência que há no bairro, com a moradia, com o rio enchendo de vez em quando. Não só especificamente como uma pessoa, um indivíduo, é o seu conjunto." (T5)

"Acho que a Saúde da Família, o objeto de trabalho dela é esse caldo social em que essas pessoas estão inseridas, porque se eu trabalhar só o paciente, ele senta e eu dou o remédio, eu não vou resolver o caldo social em que ele está inserido e muito provavelmente não vou resolver o problema que ele me traz. Agora, se eu trabalho no âmbito comunitário a chance de resolver isso é maior." (T9)

Ao associar as necessidades singulares dos usuários ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos, a ESF rompe radicalmente com o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde, e passa a valorizar a multicausalidade. O processo saúde-doença é abordado para além da manifestação de sinais e sintomas determinados por alterações do equilíbrio homeostático, e incorpora, na estruturação de suas práticas, o conceito de determinantes sociais que valorizam a relevância de múltiplos aspectos socioculturais. A partir desse olhar, evidencia-se a necessidade de uma abordagem integral da população adscrita à ESF e usuária do SUS e do estabelecimento de parcerias intersetoriais para a adequada assistência à saúde.

Considerando a indissociabilidade entre o indivíduo, a família e a comunidade, presente nas entrevistas deste estudo, novamente é possível identificar a categorização de Ribeiro²² para a abordagem familiar na ESF. Aqui estão presentes as duas concepções: 'família/comunidade' e 'família/risco social'. Na primeira abordagem, consideram-se 'as famílias', definidas por parâmetros gerais de identidade e processo de viver, consequências do contexto, da inserção sociocultural e do ambiente físico da comunidade. As famílias têm responsabilidades com os problemas locais da comunidade, como, por exemplo, a violência e as condições gerais de moradia. Na segunda, a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas.

A abordagem da concepção do objeto sujeito/comunidade traz à tona o conceito de determinantes sociais da saúde, uma vez que a ESF é colocada como uma ferramenta de orientação do Sistema Único de Saúde que visa atender às necessidades da população a partir do entendimento do direito universal

à saúde e a relevância do enfrentamento dos determinantes sociais no processo saúde-doença.¹ Para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde, são os determinantes estruturais e as condições de vida das populações que constroem os determinantes sociais da saúde e estão relacionadas ao seu processo de saúde-doença, sendo, assim, responsáveis pela maioria das desigualdades no setor saúde, tanto dentro quanto entre países²⁴.

Starfield apresenta que uma das doze características da APS é a orientação para a comunidade¹⁴. Essa característica se refere: ao contexto local de vida dos usuários, à consciência das necessidades de saúde no âmbito comunitário, o que demanda a necessidade de articulação com outros setores para promover mudanças positivas nas condições de vida e de saúde. De acordo com Arce e Sousa²⁵, a ESF, ao considerar a saúde como qualidade de vida e capacidades humanas condicionadas socialmente, contribui fortemente para a construção de um novo modelo assistencial de saúde.

Dowbor e Westphal²⁶ investigaram a situação do trabalho com determinantes sociais por EqSF do município de São Paulo/SP, e constataram que as EqSF desenvolviam atividades dirigidas a questões relacionadas a problemas de: educação, saneamento, lazer, alimentação, recursos sustentáveis, distribuição de renda, paz, emprego, habitação, segurança, transporte e ecossistema saudável. Esses autores destacam, também, o potencial da ESF na abordagem dos determinantes sociais da saúde; porém, apontam que é preciso organizar o processo de trabalho de forma que possa romper com as práticas individuais atuais ainda presentes no âmbito da atenção primária à saúde.

Além disso, a abordagem dos determinantes sociais da saúde deve se configurar como uma política de Estado, a qual requer, inclusive, “financiamento, sensibilização e capacitação dos profissionais para que possam desenvolver atividades, avaliar os processos e integrar atividades realizadas por outros setores de governo e pela sociedade civil”²⁶ (p. 778). O fragmento a seguir ilustra a sensibilidade dos trabalhadores da ESF em considerarem a articulação intersetorial em seu processo de trabalho:

“Primeiro tem aquela consulta inicial para a gente identificar o problema e a gente ver a forma como vai trabalhar. Que tem certos procedimentos que dá para fazer no ambiente familiar mas tem procedimentos que a gente precisa fazer no consultório mesmo. Ai a gente vê meio de transporte, como a gente pode estar organizando esse processo.” (T7)

Nesse contexto, no âmbito da ESF, o trabalho deve ser capaz de: ser articulado, promover ações intersetoriais, fortalecer vínculos com equipamentos sociais, manter, no planejamento, na execução e na avaliação de suas práticas, a associação entre desigualdade social e saúde. Assim, será possível implementar estratégias que fortaleçam a “luta pelos direitos à cidadania, à saúde de qualidade, o acesso à escolarização, a terra, ao trabalho digno, a salário e moradia, entre outros”²⁷ (p. 255), o que foi apontado pelos entrevistados neste estudo.

Silva e Rodrigues²⁸ entendem que, para efetivar a intersetorialidade, é fundamental criar estratégias de comunicação que estabeleçam objetivos comuns entre os pontos de atenção à saúde e as áreas relacionadas. Com isso, viabiliza-se o planejamento de atividades que ultrapassem a negociação de ações e a transferência de responsabilidades.

Considerações finais

A análise do conteúdo das entrevistas com os trabalhadores de nível Superior da ESF do município de João Pessoa permitiu identificar a construção conceitual de seu objeto de trabalho. Evidenciou-se o reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e a uma comunidade. O verificado em João Pessoa destaca o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da ESF, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária.

Embora os resultados apontem para a consolidação de uma mudança de foco assistencial no âmbito da ESF, evidências de estudos anteriores apontam que a centralidade do sujeito contextualizado à sua

família e a comunidade se apresentou em outras realidades brasileiras com fortes traços de relação entre necessidades em saúde e adoecimento biológico. Essa contradição entre o declarado e a prática cotidiana dos trabalhadores merece ser investigada em profundidade em novos estudos.

Em síntese, os resultados desse estudo contribuíram para a construção de elementos que possibilitam e potencializam o planejamento, organização e execução de práticas de saúde coerentes com os princípios ESF. Além disso, apontaram para a necessidade de reflexões acerca de problemas historicamente consolidados no setor saúde brasileiro, sendo o mais preocupante, conforme verificado, a persistência de características do modelo biomédico na ESF, pelas diversas esferas interessadas na construção e consolidação de um sistema de saúde público, universal, equânime, integral e humanizado.

Colaboradores

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

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB. Brasília; 2015 [citado 27 Ago 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.
3. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira LSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):113-8.
4. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(34):593-606.
5. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska JCA, Amadigi FR, Pires EP, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev Eletr Enferm.* 2010; 12(3):449-55.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
7. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio; 2009 [citado 22 Out 2015]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>.
8. Marx K. *O capital*. 3a ed. São Paulo: Edipro; 2012.
9. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
10. Gomes MHA, Silveira C. Sobre o uso de métodos qualitativos em saúde coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(1):160-5.

11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):389-94.
12. Bardin L. *Análise do conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2012.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). *Diário Oficial da União*, Ago 2011. p. 90.
14. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
15. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSA, organizadores. *Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: EdUfba; 2010.
16. Tavares RP, Costa GC, Falcão MLM, Cristiano PS. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. *Saude Debate*. 2013; 37(99):628-37.
17. Silva SA, Baitelo TC, Fracoli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(5):979-87.
18. Franco ECD. A estratégia de saúde da família na perspectiva do usuário. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1):49-58.
19. Silva AS, Fracoli LA. Avaliação da estratégia saúde da família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saude Debate*. 2014; 38(103):692-705.
20. Silva MCLRS, Silva S, Bousso RSA. A abordagem à família na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5):1250-5.
21. Moimaz SAS, Fadel CB, Yarid SD, Diniz DG. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Supl1:965-72.
22. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(4):658-64.
23. Alencar MN, Coimbra LC, Morais PP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na estratégia saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2):353-64.
24. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Genebra: OMS, 2010 [citado 22 Set 2016]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf.
25. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da estratégia saúde da família no Distrito Federal. *Cad Saude Colet*. 2014; 22(1):62-8.
26. Dowbor TP, Westphal MF. Determinantes sociais da saúde e o programa saúde da família no município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):781-90.
27. Santana FR, Lima RP, Lopes MM, Fernandes JS, Oliveira NS, Santos WS, et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. *Rev Eletr Enferm*. 2012; 14(2):248-56.
28. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(5):762-9.

Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. El objeto de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):77-86.

El objetivo de este estudio es analizar la percepción de trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia sobre su objeto de trabajo. Se realizaron 12 entrevistas: nueve con trabajadores de tres Equipos Salud de la Familia, considerados como referencia por gestores municipales, y tres con trabajadores del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia, de ellos, todos con estudios superiores. La transcripción de las entrevistas se sometió al análisis de contenido. Se identificó la construcción conceptual de su objeto de trabajo de los entrevistados. Se trató del reconocimiento de la producción del cuidado centrada en el individuo a partir de sus necesidades singulares, asociado a su familia y comunidad. Ese resultado mostró el elevado grado de complejidad que orienta el trabajo en el ámbito de la Salud de la Familia, en donde el objeto de trabajo extrapola la dimensión individual y biologicista asumiendo la terminación social y su relación familiar y comunitaria.

Palabras clave: Estrategia salud de la familia. Trabajo. Recursos humanos. Análisis cualitativo.

Submetido em 14/07/16. Aprovado em 17/02/17.

Migração boliviana e doença de Chagas:

limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)

Nivaldo Carneiro Junior^(a)
 Cássio Silveira^(b)
 Lia Maria Brito da Silva^(c)
 Maria Aparecida Shikanai Yasuda^(d)

Carneiro Junior N, Silveira C, Silva LMB, Shikanai-Yasuda MA. Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):87-96.

Migration provoke changes in epidemiological profiles impinging on the health care systems of reception countries. Immigrants come to Brazil from neighbor countries usually having precarious insertion in metropolitan areas. Chagas disease is endemic in Bolivia, something that has to be taken into account by the SUS. This paper analyzes both action and limits regarding health professionals who provide services to Bolivians in SUS with a focus on Chagas disease. Interviews were applied to primary, secondary and tertiary health services in the central region of São Paulo, the main destination of Bolivian immigrants. The precarious living conditions of Bolivians are the cause of health inequities. Language and culture also hamper their understanding about care. There is a lack of knowledge about clinic and epidemiology aspects of Chagas disease among the professionals who attend these immigrants. It is necessary to rethink strategies of health care and control of Chagas disease.

Keywords: Migration. Bolivians. Chagas disease. Health care. Health professionals.

Migrações acarretam mudanças nos perfis epidemiológicos, impactando sistemas de saúde dos países receptores. O Brasil atrai imigrantes que se inserem precariamente nas metrópoles. Na Bolívia, a doença de Chagas é endêmica, fato relevante para o SUS brasileiro. O texto analisa a atuação e os limites dos profissionais de saúde no atendimento aos bolivianos no SUS, enfocando a doença de Chagas, por meio de entrevistas aplicadas nos serviços primário, secundário e terciário na região central da cidade de São Paulo, principal destino dos imigrantes bolivianos. As precárias condições de vida dos bolivianos caracterizam iniquidades em saúde. Idioma e cultura limitam a compreensão sobre o cuidado. Consta-se desconhecimento da clínica e epidemiologia da doença de Chagas entre os profissionais que atendem esses imigrantes. Faz-se necessária a revisão de estratégias assistenciais e de controle da doença de Chagas.

Palavras-chave: Migração. Bolivianos. Doença de Chagas. Assistência à saúde. Profissionais de saúde.

^(a, b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61, Vila Buarque. São Paulo, SP, Brasil. 01221-020. nicarneirojr@uol.com.br; cassio@cealag.com.br

^(c) Divisão de Psicologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. liamariabs@yahoo.com.br

^(d) Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. shikanaiyasuda@gmail.com

Introdução

As migrações são processos vivenciados pelas sociedades em muitos momentos históricos e constituem deslocamentos impulsionados por várias motivações, sejam de ordem econômica e política, situações de conflito armado, originadas por catástrofes ambientais, entre outras. Todavia, na contemporaneidade, esses fluxos assumem dimensões quantitativas e qualitativas heterogêneas, com diferentes determinações e complexidades, no contexto de um mundo globalizado, constituído de relações de extrema interdependência com desdobramentos que geram profundas desigualdades. Cada vez mais, portanto, crescem os desafios tanto para o entendimento da complexidade que esses deslocamentos assumem quanto para a formulação das políticas e das práticas sociais decorrentes das mudanças sofridas nas sociedades receptoras dos grupos sociais em deslocamento¹⁻³.

Nas Américas, particularmente na América Central e América do Sul, a migração entre os países assume um padrão bem distinto de outros continentes, isto é, associa-se, fundamentalmente, às precárias condições de vida, marcada por perfis importantes de desigualdade social entre as regiões⁴.

Na América do Sul, observa-se que tanto a Argentina quanto o Brasil, a partir da segunda metade do século XX, têm atraído imigrantes vindos de países de fronteira, que ingressam, em geral, sem documentação oficial e que vão compor a força de trabalho precária em setores de serviços e fabricação têxtil em grandes centros urbanos^{5,6}.

Dentre as várias transformações decorrentes dos processos migratórios, destaca-se o impacto para os sistemas de saúde dos países que recebem esses fluxos, provocando mudanças nos perfis epidemiológicos e impulsionando a revisão das estratégias de controle de doenças e de assistência à saúde das pessoas. Nesse contexto, a doença de Chagas desponta como uma dessas preocupações, particularmente no território brasileiro⁷.

A doença de Chagas é endêmica na América Latina e sua transmissão se dá por insetos triatomíneos, via oral, transmissão materno-fetal, sangue e hemoderivados, transplantes de órgão ou acidentes com material biológico. Estima-se que haja cerca de seis milhões de pessoas infectadas. Na Bolívia, a doença de Chagas está presente em praticamente em todo seu território, representando um sério problema de saúde pública⁸⁻¹¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o controle da transmissão da doença de Chagas em 2010¹². No Brasil, já em 2006, a interrupção da transmissão vetorial foi reconhecida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e, no estado de São Paulo, essa condição já era verificada na década de 1970¹³.

O desafio, portanto, que se coloca em nosso meio é a manutenção desse controle, por meio de ações de saúde permanentes e qualificadas, envolvendo todos os níveis da atenção. O alerta que vem sendo dado é que a doença de Chagas tem ficado fora da agenda de prioridades das políticas de saúde. Essa questão se potencializa diante dessa nova realidade social constituída pelos processos migratórios. Além do mais, devemos levar em consideração que a população boliviana é uma das mais numerosas entre esses fluxos migratórios atuais no Brasil e concentra-se, em sua maioria, em São Paulo¹⁴⁻¹⁶.

Assim sendo, faz-se necessário apreender como os serviços de saúde e os seus profissionais têm respondido às demandas assistenciais trazidas nos contextos dos fluxos migratórios, particularmente, em relação à doença de Chagas.

Nessa perspectiva, este artigo tem como objetivo apresentar uma análise sobre a atuação e os limites dos profissionais de saúde no atendimento aos bolivianos no SUS, enfocando a problemática da doença de Chagas em serviços de saúde situados na região central da cidade de São Paulo, Brasil.

Metodologia

Este estudo é parte da pesquisa “A doença de Chagas em população de migrantes bolivianos na cidade de São Paulo: uma análise da prevalência da infecção por *Trypanosoma cruzi* e da morbidade da doença de Chagas; do conhecimento da população sobre a doença e do acesso aos diferentes níveis

de atenção à saúde” (CNPq, 404336/2012-4), projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No segundo semestre de 2015, foram realizadas 19 entrevistas, com roteiro semiestruturado, envolvendo trabalhadores dos níveis de formação médio e superior de serviços públicos de saúde da região central da cidade de São Paulo. Os entrevistados foram selecionados conforme a definição amostral para representação das diferentes densidades tecnológicas na organização dos serviços de saúde, subdivididas pelos setores primário (Unidade Básica de Saúde, UBS), secundário (Serviço de Urgência) e terciário (Maternidade).

A escolha dessa região deve-se ao fato de que o estudo de prevalência e de morbidade da doença de Chagas em bolivianos deu-se em um desses serviços (CNPq, 404336/2012-4), como também pela concentração dessa população nesse território¹⁶.

As entrevistas foram realizadas nos contextos dos serviços e as falas dos entrevistados foram gravadas em formato digital e, posteriormente, transcritas. Dos textos daí derivados, foram selecionados conteúdos com base nos seguintes temas que orientaram o roteiro de entrevista: organização dos serviços de saúde; reconhecimento das demandas e necessidades dos imigrantes bolivianos; reconhecimento dos limites e estratégias de atuação do profissional de saúde ante as demandas/necessidades dos imigrantes bolivianos; e conhecimento sobre a doença de Chagas, particularmente, na população boliviana.

Para preservar as identidades dos entrevistados, os trechos destacados das entrevistas foram classificados por números em ordem crescente, de acordo com o nível da atenção: primário (médico – 1; médico – 2; enfermeiro – 3; assistente social – 4; auxiliar administrativo – 5; auxiliar administrativo – 6); secundário (médico – 7; assistente social – 8; enfermeiro – 9; enfermeiro – 10; enfermeiro – 11; auxiliar administrativo – 12; farmacêutico – 13; médico – 14); e terciário (médico – 15; enfermeiro – 16; assistente social – 17; médico – 18; assistente social – 19).

Resultados e discussão

Organização dos serviços de saúde

No contexto do SUS, é de elevada importância a discussão e todos os esforços da gestão pública em relação ao arranjo e à lógica que devem nortear a organização dos serviços de saúde para garantir sua eficácia no cuidado das demandas e necessidades da população.

Nessa perspectiva, a proposição de Redes de Atenção à Saúde apresenta as melhores respostas à superação da forma organizativa dos serviços, viabilizando de forma mais integral e horizontal as linhas de cuidado. Mesmo assim, é um grande desafio a efetiva implementação, exigindo grandes esforços para superar barreiras, particularmente as de ordens comunicacionais entre os serviços e profissionais^{17,18}.

Essas questões são apreendidas neste estudo quando os entrevistados reconhecem a organização da atenção à saúde no nível local, tanto no seu processo de trabalho assistencial – referência e contrareferência – quanto na própria trajetória dos imigrantes usuários desses serviços e de sua inserção no território.

Todavia, constatam-se problemas na operacionalidade do acesso e comunicação dos serviços dessa rede, expressos na garantia de uma assistência mais oportuna, na efetividade do seguimento ambulatorial e na relação comunicacional, que podem trazer fragilidade ao acesso efetivo da população assistida:

A maioria [das mulheres] é residente aqui da região. A maioria passa nas Unidades Básicas de Saúde Santa Cecília, Sé, Bom Retiro, Centro de Saúde Escola Barra Funda e Boraceia [Unidades Básicas da região central da cidade de São Paulo]. Algumas que nós temos observado têm vindo do bairro da Casa Verde, da Vila Maria [região norte da cidade de São Paulo], mas são poucas, é pouca quantidade. A maioria é daqui da região central. (Entrevistado 17)

[...] Nós temos um nível de atenção que é pelo pronto-socorro. Como a porta é aberta, a grande demanda acaba sendo esta. Temos o atendimento ambulatorial, mas a procura desse serviço pela população já não é tão expressiva. A paciente que vai hoje ao ambulatório é aquela que foi atendida no pronto-socorro, ou aquela que ficou internada aqui e é encaminhada. Então, esse é o maior público. Às vezes é encaminhada por outro serviço da rede. (Entrevistado 15)

As dificuldades no agendamento de consultas [...] às vezes eles estão necessitando de uma consulta um pouco mais rápida, e o período que se tem é muito extenso para isso. (Entrevistado 8)

[...] O número de gestantes sem o acompanhamento no pré-natal realizado em outras unidades de saúde vem crescendo, ocasionando a vinda direta para o pronto-socorro [...], muitas vezes trazem intercorrências mais complexas, sobrecarregando a unidade hospitalar com desfechos mais complicados às gestantes parturientes e aos seus filhos recém-nascidos. (Entrevistado 18)

Eles [o serviço de referência que atendeu o paciente] não mandam relatórios que a gente solicita, a maioria não manda, a gente até solicita através de receituário carbonado, pedindo por favor, né, para mandar um relatório atualizado do que está sendo feito com esse paciente e só minoria manda [...]. (Entrevistado 3)

Reconhecimento das demandas e necessidades dos imigrantes bolivianos

Nessa temática aparece muito forte a associação do processo migratório e as inserções precárias no tecido social do qual essa população faz parte, determinando seu “modo de andar a vida”. Essa condição se expressa no contato desses usuários com os serviços de saúde e é, pelos profissionais, apreendida e contextualizada no momento da assistência:

A maioria delas [usuárias bolivianas] são costureiras, trabalham de doze a quatorze horas por dia e cuidam de seus filhos ali mesmo, no ambiente doméstico e de trabalho. (Entrevistado 17)

[...] Muitos vêm em situação clandestina para o Brasil e precisa regularizar essa documentação, e a gente acaba por fazer contato com o Consulado da Bolívia e dando as orientações necessárias. (Entrevistado 4)

Eles chegam em São Paulo, vêm, abre um cartão do SUS [...]. Eles falam que lá [na Bolívia] não existe médicos, e que para eles conseguirem uma consulta é bem difícil. (Entrevistado 14)

Em uma perspectiva analítica mais abrangente, pode-se perceber que durante o século XX houve a formação de um espaço transnacional, no qual ocorreram (e ocorrem) os processos migratórios. Estariam incluídos aí os fenômenos da internacionalização da produção e o da reorganização da economia mundial que expõem a complexidade de contextos internacionais. Nessa visão, a circulação de trabalhadores é mais um dos fluxos, entre outros, que movimentam intensamente as relações sociais no plano internacional. Constata-se uma ruptura com a estrutura tradicional de trabalho e a criação de espaços no mercado para a subcontratação organizada e a viabilização de oportunidades de formação de pequenos negócios. Ou seja, permite-se que antigos sistemas de trabalho fundados no espaço doméstico, com organização de base familiar e com as características do trabalho artesanal, possam crescer e criar extensões internacionais pela via desses fluxos migratórios. As consequências desse processo de internacionalização, já amplamente investigado, resultam, em boa parte dos casos, na organização de uma rede clandestina de relações de trabalho, estruturada fundamentalmente em um mercado informal e com consequências deletérias em pessoas, famílias e grupos^{4,19}.

Essas condições de vida e trabalho, às quais estão submetidos em sua maioria os imigrantes bolivianos, determinam perfis de adoecimentos específicos que demandam utilização muito frequente

dos serviços de saúde. Os entrevistados apontam, predominantemente, agravos respiratórios, dermatológicos e gastrointestinais. A tuberculose é o problema de saúde mais relatado e o que mais está associado às condições de moradia. Também em estudo na Argentina, que possui uma população boliviana em condições muito próximas à nossa realidade, a tuberculose aparece como um importante agravo à saúde²⁰:

Eles [bolivianos] frequentam sempre [o serviço de saúde]. Todos os dias [...]. (Entrevistado 9)

Existem muitos bolivianos com tuberculose. Eles reclamam muito do lugar onde eles moram, sem sol. Muitas vezes vem um com sintomas de diarreia, e de repente vem um monte [várias pessoas] com os mesmos sintomas, pois a maioria mora no mesmo lugar. (Entrevistado 6)

Falando da população boliviana em geral, eles têm muito problema de pele e pediculose, pois, como eles vivem em aglomerados, isto acaba facilitando. (Entrevistado 14)

A maior frequência no uso dos serviços identificados pelos entrevistados nos diferentes níveis assistenciais é a de mulheres, em sua maioria gestantes, seguida por atendimentos infantis. No contexto da assistência à mulher, uma questão complexa aparece de forma muitas vezes velada: a violência doméstica. Essa situação particular explicita uma tensão existente entre as demandas apresentadas pelo segmento de imigrantes bolivianos, em particular na relação de gênero, e as necessidades observadas pelos serviços de saúde^{16,21}:

[...] As mulheres [bolivianas] tão vindo muito no pré-natal e no papa [papanicolau]. As crianças [filhos de bolivianas] na puericultura também tão vindo bastante [...]. (Entrevistado 3)

Pediatria, procuram bastante, as mães [bolivianas] trazendo as crianças. Ou até mesmo mulheres [bolivianas] que vêm à procura do Pregnosticon [teste de gravidez] para verificar se estão gestantes ou não. (Entrevistado 8)

Sempre tem alguém [mulher boliviana] que sofreu abuso. Eu já vi algumas [pacientes] e a agressão parte do próprio marido ou do pessoal que mora na mesma casa. Isso de vez em quando tem. A gente acaba orientando o que fazer [...]. (Entrevistado 19)

Reconhecimento dos limites e estratégias de atuação do profissional de saúde ante as demandas/necessidades dos imigrantes bolivianos

A utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes bolivianos traz para o interior dessas unidades e, particularmente, para o exercício das práticas profissionais e do processo de trabalho gerado por esse uso, uma complexidade marcadamente social e específica, muitas vezes estranha (por ser diferente) à realidade dos usuários brasileiros, mesmo que estes sejam de segmentos sociais vulneráveis. As demandas de saúde expressas no cotidiano do trabalho vão além do acometimento biológico. As necessidades de atuação profissional na assistência a essa população deparam, portanto, com uma 'complexidade de problemáticas médico-sociais' que impõe limites tanto no plano relação profissional-usuário quanto na relação serviço-usuário, provocando, nesse contexto, sofrimento psíquico entre os trabalhadores, pelo grau de frustração na sua efetiva ação²².

Para além dessa situação de precarização das condições de vida que esse fluxo migratório vai determinando, outra dimensão que traz dificuldades nas ações de saúde diz respeito ao idioma e à cultura. Além da barreira linguística, interpõem-se, também, a incompreensão de traços culturais e as diferentes concepções sobre saúde e sobre o adoecer, que afastam as partes envolvidas nos processos de comunicação, colocando em conflito contextos socioculturais bastante distintos^{23,24}.

As falas dos entrevistados revelam bem essa problemática no atendimento da população boliviana. Mas, por outro lado, é nesse campo que se observa um processo rico de iniciativas e atitudes que

os profissionais desenvolvem no cotidiano das práticas quando procuram transpor o “mundo” de obstáculos com os quais eles se deparam.

A não adesão ao tratamento, na perspectiva desses entrevistados, ocorre pelas condições de vida dos imigrantes bolivianos e pela maneira como cuidam de sua saúde segundo suas próprias necessidades. Para esses profissionais, a situação migratória, as condições de trabalho e a ausência de rede sociofamiliar para apoio fragilizam a condução dos processos de cuidado em saúde, demandando diferentes estratégias dos serviços de saúde para resultados satisfatórios na assistência:

O motivo [não adesão ao seguimento ambulatorial] geralmente é por trabalharem nas oficinas de costuras, os patrões não deixam eles saírem. Eles trabalham feito escravos. Nós [serviço de saúde] procuramos facilitar para eles [bolivianos], vendo qual horário é mais flexível, o que tem no sábado, a gente agiliza para ajudá-los [...], pois o número de faltas [nas consultas de rotina] é muito grande. (Entrevistado 5)

Tem alguns [bolivianos] que eu não entendo absolutamente nada. Os que estão chegando agora [da Bolívia], então, é terrível! Eu acho que a maior dificuldade no trato com eles é o relativo ao idioma. (Entrevistado 6)

O que acontece é que vários bolivianos vêm de zonas rurais [Bolívia] e às vezes não falam bem inclusive o espanhol. Eles falam dialetos indígenas, mas dá para se comunicar. (Entrevistado 7)

Talvez a causa do absentismo [falta na consulta agendada] seja a dificuldade de nós [serviço de saúde] passarmos para ele [usuário boliviano] a situação, ou seja, o motivo do retorno, da importância do retorno, e principalmente quando nós vamos fazer um trabalho de prevenção. (Entrevistado 1)

Na verdade, o que limita [...] é não saber realmente onde ele [boliviano atendido] mora, porque muitas vezes eles não dão o endereço correto. (Entrevistado 9)

[...] Mas eu tenho minhas estratégias. Falo letra por letra, desenho, por exemplo [...] mostro um copinho, pergunto [ao paciente boliviano] se está entendendo. [...] Geralmente eles vêm acompanhados de alguém que está há mais tempo no Brasil. Muitas vezes o tradutor é o irmão mais velho. (Entrevistado 4)

Eu mesmo não falo espanhol e tento me comunicar fazendo mímica [...]. (Entrevistado 1)

São relatadas situações de muita dificuldade na condução dos casos que são atendidos no serviço terciário, especialmente quando são evidenciados sinais de prematuridade no nascimento que requerem a internação da parturiente. Porém, os depoentes dizem que as mulheres colocam obstáculos à sua permanência na unidade hospitalar e, em muitos casos, os maridos também não querem deixá-las por receio de que a situação de afastamento configure a perda do trabalho em que estão envolvidas. Nesses casos, há relatos de evasão do hospital e posterior retorno ao pronto-socorro já em condições de saúde bastante precárias, com o parto ocorrendo no transporte para o hospital, resultando, muitas vezes, na morte do recém-nascido e em consequências à saúde das mães:

[...] Elas [bolivianas] faltam muito. Elas têm esse problema de adesão ao tratamento e assim que elas vêm é preciso laçá-las de alguma forma. Vamos tomar, por exemplo, o caso de uma gestante em trabalho de parto prematuro. É muito difícil interná-la porque o marido não quer. Tem medo do trabalho. Medo que ela seja mandada embora. [...] Elas [bolivianas] são muito caladas. Nós percebemos que existe uma espécie de intimidação [dos maridos] nesse momento. Só para citar um exemplo, nós tivemos uma paciente em trabalho de parto, com apresentação pélvica, primeira gravidez, que necessitava de uma cesárea e foi difícil a intervenção, pois ela

tinha medo de ficar por causa do trabalho, por questões trabalhistas. Ela [paciente boliviana] se negou a internar e foi embora. Ela se evadiu do hospital, voltando uma semana depois com o bebê morto e pendurado. Por quê? Ele começou a nascer e como era parto pélvico, um pouco mais complicado, acabou perdendo o bebê. (Entrevistado 15)

Os limites, portanto, estariam postos por uma incapacidade de modificar algo que antecede a entrada no serviço, ou seja, as condições sociais e as iniquidades que incidem sobre esse grupo populacional.

Conhecimento sobre a doença de Chagas, particularmente na população boliviana

Diante da complexidade dessa realidade social da migração boliviana e de sua inserção precária no nosso meio, particularmente em São Paulo e, também, ante os limites na atuação do profissional de saúde no atendimento a essa população, a problemática da doença de Chagas tende a não emergir como uma preocupação na assistência à saúde, não sendo identificados os casos e deixando-se de estabelecer terapêuticas oportunas e necessárias para evitar e/ou controlar o agravamento da doença¹⁴.

A não prontidão nas práticas de saúde em nosso meio em relação à doença de Chagas é uma questão preocupante, que extrapola o fluxo migratório boliviano aqui estudado. Talvez pela condição da interrupção na transmissão vetorial, essa abordagem tanto na formação profissional⁷ quanto nas diretrizes que orientam os processos de trabalho dos serviços de saúde não é enfatizada. Configura-se aí um grande problema para o sistema de saúde, pois deixa-se de assistir muitos indivíduos chagásicos assintomáticos, acarretando, em muitos casos, impactos na assistência à saúde, situação que se agrava quando nos deparamos com o atendimento de bolivianos, oriundos de locais onde a transmissão da doença de Chagas não está interrompida, atingindo boa parte da população²⁵⁻²⁷.

Essas questões sobre o estado atual do conhecimento da doença de Chagas foram constatadas nas entrevistas com os profissionais de saúde, que demonstraram um entendimento muito genérico sobre a doença e muito pouco esclarecimento sobre a realidade desse agravo na população boliviana.

Os entrevistados desconhecem a existência de um protocolo para doença de Chagas. Todavia, aparece uma referência de uma iniciativa em um dos serviços no rastreamento para doença de Chagas em gestantes bolivianas, que corrobora a necessidades de capacitação técnica e protocolos assistenciais:

Em relação ao diagnóstico [doença de Chagas], é mais uma questão de rastreamento mesmo. É preciso ver que existe um problema epidemiológico, que existe uma população migratória. É se fazer a triagem, como se fazia nos anos oitenta, para as pessoas que vinham de estados [brasileiros] que se sabia que tinha a transmissão. (Entrevistado 7)

Não [sobre a doença de Chagas na população boliviana]. Estou sabendo agora [com a pesquisa], porque durante estes seis anos que estou aqui [trabalhando no serviço], só tem um boliviano que eu já tive várias oportunidades de atender e eu sei que ele tem um problema cardíaco, mas não que seja Chagas. (Entrevistado 11)

É de praxe, a gente pede sim [sorologia para Chagas em gestantes bolivianas]. Esta é uma disposição nossa [do serviço] de instituir esse exame. Não faz parte do protocolo da Prefeitura [Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo]. Quando o paciente é boliviano, nós fazemos as perguntas de praxe, tais como se morava no campo, tipo de moradia, etc. Sempre pergunto se ele já fez exame alguma vez e se gostaria de estar fazendo. (Entrevistado 2)

Sim, facilitaria muito [ter um protocolo específico para doença de Chagas], e até se possível uma capacitação [sobre investigação e tratamento de doença de Chagas] que seja curta para quem trabalha na área da atenção básica, porque é como eu te falei, se pegar um caso vou ter que pedir socorro, pois nem na faculdade a gente não tem muito isso. (Entrevistado 3)

Eu não sei [sobre protocolo de doença de Chagas]. Qual seria a relação da doença de Chagas, eu precisaria conhecer a doença para te falar o que influenciaria numa gestação, a transmissão para esse recém-nascido, o tratamento imediato ou não [...] a gente tem um número elevado de mulheres bolivianas que internam aqui [serviço de maternidade] [...]. (Entrevistado 17)

Considerações finais

As precárias condições de vida da população boliviana que utiliza os serviços de saúde caracterizam processos relevantes de iniquidades em saúde. A inserção no processo de trabalho funciona como um determinante de agravos à saúde e gera limitações para o cuidado.

A situação da mulher boliviana é destacada como extremamente vulnerável. Relação de gênero, inserção no trabalho e maternidade são dimensões que se apresentam no cotidiano dos serviços com grandes tensões, dificuldades e sensação de impotência dos profissionais de saúde diante de determinadas demandas e necessidades.

Obstáculos linguísticos e culturais são aspectos limitantes na assistência à população boliviana. Essa questão pode, por exemplo, causar problema na compreensão sobre o uso contínuo de medicação, que, no caso de enfermidades crônicas como a doença de Chagas, é elemento de não eficácia do tratamento.

O desconhecimento sobre o quadro clínico e epidemiológico da doença de Chagas entre os profissionais entrevistados é preocupante para a assistência integral da população, particularmente no cenário atual dos fluxos migratórios. Nesse sentido, urge uma ação conjunta dos gestores do SUS, das instituições formadoras de recursos humanos e da sociedade organizada para a formulação de estratégias que orientem a assistência integral à população, incorporando as especificidades dos grupos migratórios.

Colaboradores

Nivaldo Carneiro Junior e Cássio Silveira participaram ativamente da elaboração, da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação final do texto. Lia Maria Brito da Silva e Maria Aparecida Shikanai Yasuda participaram da discussão dos resultados e revisão do texto.

Agradecimentos

Este trabalho é parte da pesquisa desenvolvida pelo "Grupo de Pesquisa Doença de Chagas e Imigração" (autoria coletiva). Os pesquisadores a seguir relacionados contribuíram durante a discussão dos resultados em alguns aspectos gerais, qualificando a elaboração do texto pelos autores principais: Camila Satolo, Célia Furuchó, Dalva Marli Valério Wanderley, Expedito Luna, Fernando Aith, Luzia Martinelli, Noêmia Barbosa Carvalho, Rubens Antônio Silva, Ruth Moreira Leite e Sônia Regina de Almeida.

Referências

1. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico sobre processos migratórios e de saúde na saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):229-32.
2. Rocha-Trindade MB. *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta; 1995.
3. Sassen S. *Sociologia da globalização*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2010.
4. Rizek C, Georges I, Freire C. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil/Argentina. *Lua Nova*. 2010; 79(6):111-43.
5. Goldberg A, Sow P. Las migraciones de africanos hacia Brasil y Argentina: nuevas dinámicas y espacios territoriales en transformación. In: Pineau M, editor. *Huellas y legados de la esclavitud en las Américas*. Sáenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero; 2012. p. 149-64 (Proyecto Unesco La Ruta del Esclavo).
6. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc*. 2013; 22(2):283-97.
7. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 Sup 1:13-22.
8. World Health Organization. Chagas disease (American Trypanosomiasis) [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 09 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>.
9. Guillen G, Diaz R, Jemio A, Cassab A, Pinto TC, Schofield CJ. Chagas disease vector control in Tupiza, Southern Bolívia. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1997; 92:1-8.
10. Organización Panamericana de la Salud. Relatório da reunion de la comision intergubernamental de la iniciativa subregional Cono Sur de eliminación de *triatoma infestans* y la interrupción de la transmisión transfusional de la tripanosomiasis americana; 27-29 Jul 2011; Cochabamba, Bolivia. Montevideo: OPAS; 2011. 69p.
11. Alabajar-Viñas P, Janin J. The hidden Chagas disease burden in Europe. [editorials], *Euro Surveill*. 2011; 16(38):pii:19975.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. Brasília: OMS; 2012.
13. Silva RA, Barbosa GL, Rodrigues VLCC. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas no estado de São Paulo no período de 2010 a 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2014; 23(2):259-67.
14. Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011; 44 Supl 2:122-4.
15. Barata RB, Ribeiro MCSA, Cassanti AC, Silveira C. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 Supl 2:164-75.
16. Silveira C, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Barata RB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(10):2017-27.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
18. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):469-78.
- 19 Sassen S. *As cidades na economia mundial*. São Paulo: Studio Nobel Editora; 1998.

20. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuad Antrop Soc.* 2014; 39:91-114.
21. Carneiro Junior N, Oliveira RLS, Jesus CH, Luppi CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *Bol Inst Saude.* 2011; 13(2):177-81.
22. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc.* 2012; 21(4):884-94.
23. Fuertes C, Martin Laso MA. El inmigrante em la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29 Supl 1:9-25.
24. Maurício IL. Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos cuidados de saúde primários? *Rev Port Clin Geral.* 2009; 25:56-64.
25. Gontijo ED, Rocha MOC, Oliveira UT. Perfil clínico-epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico na perspectiva do SUS. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1996; 29(2):101-8.
26. Colosio RC, Falavigna-Guilerme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre os profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Cienc Cuid Saude.* 2007; 6 Supl 2:355-63.
27. Dias JCP, Prata A, Correia D. Problems and perspectives for Chagas disease control: in search of a realistic analysis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(2):193-6.

Carneiro Junior N, Silveira C, Silva LMB, Shikanai-Yasuda MA. La migración boliviana y la enfermedad de Chagas: límites en la actuación del Sistema de Salud Brasileño (SUS). *Interface (Botucatu).* 2018; 22(64):87-96.

Las migraciones traen consigo cambios en los perfiles epidemiológicos, impactando los sistemas de salud de los países receptores. Brasil atrae a inmigrantes que se insieren de forma precaria en las metrópolis. En Bolivia, la enfermedad de Chagas es endémica, hecho relevante para el SUS. El texto analiza la actuación y los límites de los profesionales de salud en la atención a los bolivianos en el SUS, enfocando la enfermedad de Chagas, por medio de entrevistas realizadas en los servicios primario, secundario y terciario en la región central de la ciudad de São Paulo, principal destino de los inmigrantes bolivianos. Las precarias condiciones de vida de los bolivianos caracterizan iniquidades en salud. El idioma y la cultura limitan la comprensión sobre el cuidado. Se constata el desconocimiento de la clínica y de la epidemiología de la enfermedad de Chagas entre los profesionales que atienden a esos inmigrantes. Es necesaria la revisión de estrategias asistenciales y de control de la enfermedad de Chagas.

Palabras clave: Migración. Bolivianos. Enfermedad de Chagas. Asistencia a la salud. Profesionales de salud.

Submetido em 17/05/16. Aprovado em 06/02/17.

Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS).

Nivaldo Carneiro Junior(a)

Cássio Silveira(b)

Lia Maria Brito da Silva(c)

Maria Aparecida Shikanai-Yasuda(d)

(a, b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61, Vila Buarque. São Paulo, SP, Brasil. 01221-020. nicarneirojr@uol.com.br; cassio@cealag.com.br

(c) Divisão de Psicologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. liamariabs@yahoo.com.br

(d) Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. shikanaiyasuda@gmail.com

Migration provoke changes in epidemiological profiles impinging on the health care systems of reception countries. Immigrants come to Brazil from neighbor countries usually having precarious insertion in metropolitan areas. Chagas disease is endemic in Bolivia, something that has to be taken into account by the SUS. This paper analyzes both action and limits regarding health professionals who provide services to Bolivians in SUS with a focus on Chagas disease. Interviews were applied to primary, secondary and tertiary health services in the central region of São Paulo, the main destination of Bolivian immigrants. The precarious living conditions of Bolivians are the cause of health inequities. Language and culture also hamper their understanding about care. There is a lack of knowledge about clinic and epidemiology aspects of Chagas disease among the professionals who attend these immigrants. It is necessary to rethink strategies of health care and control of Chagas disease.

Keywords: Migration. Bolivians. Chagas disease. Health care. Health professionals.

Introduction

Human migration is the movement by people, in various historical moments, from one country, place, or locality to another. The complex interplay of the migration process is caused by a variety of reasons, including economic, social and political factors, situations of armed conflict, or environmental disasters, among others. Nevertheless, migration flows have quantitative and qualitative heterogeneous dimensions in contemporary times, with various aspects and complexities in the context of a globalized world, formed by extreme interdependent relations with unfolding which generates deep inequalities. Consequently, there is a growing challenge both to understand the complexity of these population shifts and to the formulation of social policies and practices arising from the changes undergone in the receiving societies of the displaced individuals and social groups¹⁻³.

The American countries, particularly the Central and South American countries, have migration patterns among them that differ greatly from those of other continents: they are fundamentally associated with precarious living conditions, marked by important profiles of social inequality among the regions.⁴

Two South American countries, Argentina and Brazil, have attracted immigrants from neighboring countries from the second half of the twentieth century. They usually enter both territories without official papers and compose the precarious workforce in the service and textile manufacturing sectors in large urban centers^{5,6}.

The migration processes generate a large amount of changes. Among them, the impact of the migration flows on the health systems of receiving countries is highlighted, as they lead to changes in the epidemiological profiles and demand a review of the disease control and health care strategies. In this context, Chagas disease emerges as one of these concerns, notably in the Brazilian territory⁷.

Chagas disease is endemic in Latin America and its transmission is by triatomine bugs. The disease can be transmitted orally, by consumption of food contaminated with *Trypanosoma cruzi* -- the parasite that causes Chagas disease --, an infected mother to her newborn, infected blood and blood products, organ transplants from infected donors, and by accidents with biological material. Around 6

million people worldwide are estimated to be infected with *Trypanosoma cruzi*. Chagas disease is present in almost all the national territory of Bolivia, representing a serious public health problem⁸⁻¹¹.

The World Health Organization (WHO) established control over the transmission of Chagas disease in 2010¹². In Brazil, the interruption of vector-borne transmission was recognized by the Pan-American Health Organization (PAHO) in 2006, and in São Paulo state this condition had already been verified in the 1970s¹³.

The challenge in the Brazilian context, therefore, is keeping Chagas disease under control by permanent and qualified health actions involving all levels of healthcare. It has already been warned that Chagas disease has been left out of the agenda of health policy priorities. However, it is a highly important matter, strengthened by the new social reality constituted by human migration processes. Furthermore, we must bear in mind that the Bolivian population is one of the most numerous among the current migration flows in Brazil, and largely concentrated in São Paulo¹⁴⁻¹⁶.

Therefore, it is worth emphasizing the need to understand how the Brazilian health services and their professionals have been meeting the healthcare demands in the contexts of migration flows, notably referring to Chagas disease.

In this perspective, this paper aims at analyzing both performance and limits of health professionals providing healthcare services to Bolivian immigrants in the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on the Chagas disease issue in healthcare services located in the central region of São Paulo City, in Brazil.

Methodology

This study is part of the research “Chagas disease in the Bolivian migrant population in São Paulo city: an analysis of the *Trypanosoma cruzi* infection prevalence, the Chagas disease morbidity, the population knowledge on the disease, and the access to different levels of healthcare” (CNPq, 404336/ 2012-4). The research project was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital das Clínicas,

University of São Paulo Medical School (FMUSP), under protocol number 196.698 / 2013.

Nineteen semi-structured interviews were conducted in the second half of 2015 among professionals with high school, undergraduate and graduate degrees, working for the public health services in the central region of São Paulo city. The interviewees were selected according to sample to represent the different technological densities in the health services organization, which are subdivided into three sectors: Primary (Primary Health Care Units – UBS), Secondary (Emergency Services) and Tertiary (Maternity Services) care.

The chosen area of study was the public health service centers in the central region of São Paulo because of two reasons: the presence of studies about Bolivian immigrants with Chagas disease prevalence and morbidity in one of these services (CNPq, 404336 / 2012–4); and the high concentration of this population in that specific part of the Brazilian territory¹⁶.

The interviews were conducted at the healthcare services, digitally recorded and transcribed. Next, contents from the transcribed texts were selected based on the following topics guiding the interview script: health services organization; recognition of Bolivian immigrants' demands and needs; recognition of health professionals' limits and performance strategies towards the Bolivian immigrants' demands and needs; and Chagas disease knowledge, markedly regarding the Bolivian population.

In order to protect the interviewees' identities, we have chosen to classify the selected interview excerpts by using increasing numbers according to three levels of care: Primary (doctor – 1, doctor – 2, nurse – 3, social worker – 4, administrative assistant – 5, and administrative assistant – 6); Secondary (doctor – 7, social worker – 8, nurse – 9, nurse – 10, nurse – 11, administrative assistant – 12, pharmacist – 13, and doctor – 14); and Tertiary (doctor – 15, nurse – 16, social worker – 17, doctor – 18, and social worker – 19).

Results and Discussion

Health Services Organization

A comprehensive discussion and all efforts of the Public Management towards the organization and logic that must guide the health services organization to ensure its effectiveness in caring for the population's demands and needs is of great relevance in the context of the Brazilian Unified Health System (SUS).

From this perspective, the proposition of Health Care Networks presents the best solutions to overcoming the organizational form of services, enabling more comprehensive and horizontal lines of care. Notwithstanding, its effective implementation represents a huge challenge to be faced. It requires great efforts to overcome barriers, notably those regarding communication aspects between health services and professionals^{17,18}.

These issues are tackled in this study when interviewees recognize the health care organization at the local level both in their care work process – reference and counter-reference networks – and in the very trajectory of the Bolivian immigrants who use the health services offered and their insertion into the territory.

On the other hand, it can be perceived problems in operational access and strategic communication of these Health Care Networks services, expressed in the assurance of a timelier assistance, in the effectiveness of outpatient follow-up, and in the communication relationship. It is worth mentioning that these problems can weaken the effective access of the assisted population, as shown in the following excerpts from the interviews:

Most [women] live here in the area. The majority use the Primary Health Care Units of Santa Cecília, Sé, Bom Retiro, Centro de Saúde Escola Barra Funda and Boraceia [Primary Health Care Units in the central region of São Paulo city]. Some of the women we've been watching come from Casa Verde and Vila Maria boroughs [located in the northern region of São Paulo city], but they are few, in quite a small number. Most of them come from the central region. (Interviewee 17)

(...) We have a level of care that is assisted by the emergency department. As the doors are open [to anyone], it ends up getting the major demand. We offer ambulatory care; however, the demand for this care service by the population is no longer significant. The female patient who goes to the ambulatory center nowadays is either the one who had already been assisted at the emergency department or hospitalized here and referred. So, they're our major clients. Sometimes, she's referred by another network service. (Interviewee 15)

There are difficulties in scheduling appointments (...) Sometimes, they need a sooner appointment, but the waiting time is too long to get one. (Interviewee 8)

(...) It's been increasing the percentage of pregnant women without prenatal care monitoring in other health care units, resulting in direct emergency department visits (...), many times with more complex interurrences, overloading the hospital unit with more complicated outcomes for the parturients and their newborn children. (Interviewee 18)

They [the referral services that had attended the patients] don't send us the reports we've requested. The majority doesn't send them. We even request them with a carbon-based prescription pad, pleading them to send an updated report of what's being done with the patient, but only the minority sends it (...) (Interviewee 3)

Recognition of Bolivian immigrants' demands and needs

In this perspective, it can be clearly seen the connection between the migration process and the precarious insertions in the social fabric the Bolivian population is part of, determining their way of life. Such condition is expressed in these users' contacts with the health services, being acknowledged and contextualized by the health professionals in health care work:

Most of them [Bolivian patients] are seamstresses, working from twelve to fourteen hours a day and taking care of their children right there, in home and work environments. (Interviewee 17)

(...) Many enter Brazil clandestinely and need to regularize their papers, and we end up contacting the Bolivian Consulate and giving them the necessary guidelines. (Interviewee 4)

They arrive in São Paulo, come [to us], make a SUS card (...). They say that there are no doctors there [in Bolivia], and that it's very difficult for them to get a medical appointment. (Interviewee 14)

From a more comprehensive analytical perspective, it can be noticed that there was the creation of a transnational space, in the twentieth century, in which arose, and still arises, the migration processes. That comprised the production internationalization and the world economy reorganization phenomena, which exposes the complexity of international contexts. Taking this into account, the circulation of workers is an additional flow, among others, that intensively triggers social relations in an international context. Consequently, there is a breakdown in the traditional work structure, giving rise to the creation of labor market spaces for organized subcontracting and to the possibility of emerging small business. In other words, it allows that old work systems based on the domestic sphere with family-based organization and artisanal work characteristics can expand and build international extensions through the migration flows. As widely investigated in research studies, the consequences of this internationalization process usually lead to a clandestine organization network of labor relations, structured mainly in an informal market with deleterious effects on individuals, families and groups^{4,19}.

These living and working conditions to which most Bolivian immigrants are subjected determine specific illness profiles that usually require health services. The interviewees predominantly report suffering respiratory, dermatological and gastrointestinal disorders, and tuberculosis as the most recurrent problem linked to

their living conditions. An additional research study carried out in Argentina with Bolivian immigrants whose conditions were very close to the Brazilian reality indicates tuberculosis as a serious health problem²⁰:

They [the Bolivian immigrants] always attend [the health service], every day (...). (Interviewee 9)

There are many Bolivian immigrants with tuberculosis. They complain a lot about their living conditions, as living without sun. We often receive one [patient] with diarrhea symptoms, and suddenly comes a lot of them with the same symptoms, as most of them live in the same area. (Interviewee 6)

Talking about the Bolivian population in general, they have many skin problems and pediculosis, as they live in clusters and that ends up making it easier [to have such health problems]. (Interviewee 14)

Regarding the frequency of care services use identified by the interviewees at the different levels of care, women – mainly pregnant women – are the largest user group, followed by children. In the context of women's care, the complex issue of domestic violence is often veiled. This specific situation exposes a tension between the demands presented by the segment of Bolivian immigrants, especially concerning gender relations, and the needs observed by the health services^{16,21}:

(...) The [Bolivian] women are coming very often for the prenatal care and the pap [papanicolaou test]. The children [the Bolivian children] are also coming a lot for childcare (...). (Interviewee 3)

The [Bolivian] mothers require Paediatrics a lot, bringing their children, or [there are] even [Bolivian] women who come looking for the pregnostican [pregnancy test] for figuring out whether they are pregnant. (Interviewee 8)

There's always someone [some Bolivian women] who has been abused. I have already seen some [patients], and the aggression comes either from their own husband or from the people who live in the same house. That happens occasionally. We end up guiding them what to do (...). (Interviewee 19)

Recognition of health professionals' limits and performance strategies towards the Bolivian immigrants' demands and needs

The use of the Bolivian health services by the Bolivian immigrants brings a markedly social and specific complexity to the health units, and especially to the exercise of professional practices and work process engendered by that use. Such complexity may many times be strange (for being different) to the reality of Brazilian users, even if they belong to vulnerable social segments. The daily work health demands go beyond biological impairment. Therefore, the need for professional action providing care to this population is confronted with a "complexity of medical-social problems" imposing limits both on the professional-user and service-user relationships, thus provoking, in this context, psychic suffering among workers due to the frustration level in their effective action²².

Beyond the precarious living conditions determined by the migration flow, an additional dimension that hampers health actions refers to language and culture. In addition to the linguistic barrier, there are also the interferences derived from the lack of understanding of cultural traits and the different conceptions on health and illness that hold off the parties involved in the communication processes, creating a conflict among the very distinct sociocultural contexts^{23,24}.

If, on the one hand, the interviewees' statements reveal quite well this dilemma concerning care services provided to the Bolivian immigrants, on the other it is also in this sphere that it can be observed a rich process of initiatives and attitudes that the health professionals develop in the daily practice when they attempt to overcome the various obstacles they face.

From the perspective of the interviewees, Bolivian immigrants have no treatment adherence because of their living conditions and the way they take care of their health according to their own needs. For the health professionals interviewed, the migration situation, added to the working conditions and the lack of a social-family network to support those immigrants undermine the conduct of the health care processes, while requiring different strategies of the health services so that satisfactory results in the care service may be reached:

The reason they give [of non-adherence to outpatient follow-up] is usually for working in the sewing rooms. The bosses don't allow them to leave. They work as slaves. We [the health service professionals] try to make it easier for them [the Bolivians], checking what is the most flexible time, what they have on Saturdays. We are quick to help them (...), as their absences [not attending routine medical appointments] are very high. (Interviewee 5)

There are some [Bolivians] that I don't understand at all. The ones arriving now [from Bolivia] then, they are terrible! I think the greatest difficulty to deal with them is the language. (Interviewee 6)

What happens is that many Bolivians come from [Bolivian] rural areas and sometimes do not speak well, even Spanish. They speak aboriginal dialects, but we can communicate. (Interviewee 7)

The cause of absenteeism [not attending a medical appointment] could be our [the health service] difficulty in explaining him [the Bolivian user] the situation, that is, why he should return, the importance of a return visit, and mainly when we are performing a preventive work. (Interviewee 1)

In fact, what creates difficulty (...) is not really knowing where he [the Bolivian attended in the health service] lives, as they usually don't report the correct residential address. (Interviewee 9)

(...) But I have my own strategies. I spell words letter by letter, I draw. For example (...), I show him [the Bolivian patient] a small glass and I ask him if he understands. (...) They usually come with someone who has been living in Brazil for a longer time. Many times, the translator is the oldest brother.

(Interviewee 4)

I myself do not speak Spanish, and I try to communicate [with the Bolivian patient] by mimicking (...). (Interviewee 1)

The interviewees report facing great difficulty in managing cases treated in the tertiary service, particularly when there is evidence of preterm birth, which requires the hospitalization of the parturient woman. According to the reports, however, many of those women argue against their hospitalization. Moreover, in many cases, their husbands also argue against their hospital stay for fearing that the temporary withdrawal from work may lead to their wives' job loss. In those cases, there are reports of hospital evasion, followed by the patient's emergency department admission, but in very precarious health conditions -- such as women delivering their babies on the way to the hospital, resulting, many times, in the newborn infant death as well as in negative consequences for the mothers:

(...) They [the Bolivian women] fail a lot [attending the health services]. They have this problem of non-adherence to health care treatment, and it's necessary to hold them here somehow as soon as they come to us. For instance, let's take the case of a pregnant woman in preterm labor. It's very difficult to hospitalize her because her husband doesn't accept it. He fears the work, fears her job loss. (...) They [the Bolivian women] are very quiet. We notice that there's some sort of [husbands'] intimidation going on. Just to give you one example, we've had a patient in labor with a breech presentation, first pregnancy, who needed a C-section, but it was difficult to intervene as she was afraid to stay because of her work, for labor issues. She [the Bolivian patient] refused the hospitalization and left. She fled the hospital, returning a week later with the baby dead and hanging. Why?

Because he started to be delivered and, as it was a breech delivery, [which is] a bit more complicated, she ended up losing her baby. (Interviewee 15)

Therefore, the limits faced by the health professionals towards the Bolivian immigrants' demands and needs were placed by their inability to modify something that precedes the patient's attendance by the health service, that is, the social conditions and inequities that affect this population group.

Knowledge about Chagas disease, particularly in the Bolivian population

Given the complexity of Bolivian immigrants' social reality and their precarious insertion in the Brazilian environment, particularly in São Paulo, and considering the limits of the health professionals in providing healthcare to this population, the Chagas disease problem tends not to emerge as a concern in the Brazilian health care context. Therefore, Chagas disease cases are not identified, and timely and necessary therapies are not established for avoiding and/or controlling the disease worsening and progression.¹⁴

The lack of preparedness of health practices in our context regarding Chagas disease is a matter of concern that goes beyond the Bolivian migration flow surveyed in the present study. Possibly because of the elimination of vector transmission in the country, this approach is neither emphasized in professional development⁷ nor in the guidelines that guide the work processes of the Brazilian health services. Hence, that represents a huge problem for the health system for not providing healthcare services to many of those asymptomatic chagasic individuals, impacting, in several cases, on healthcare. That situation is worsened when we are faced with the healthcare services provided to the Bolivian immigrants, who come from a country where the Chagas disease transmission has not yet been interrupted, and thus reaching a large part of the population²⁵⁻²⁷.

These issues respecting the current knowledge on the status of Chagas disease were verified in the interviews we have conducted with the health professionals, who

showed both a very generic understanding of the Chagas disease and not being suitably aware of the serious harm faced by the Bolivian population.

Although the interviewees showed lack of awareness of a protocol for Chagas disease, there is a reference to an initiative in one of the health services concerning screening Bolivian pregnant women for Chagas disease that corroborates the need of technical training and care protocols:

Regarding the [Chagas disease] diagnosis, in fact it's much more a matter of tracking. It's necessary to note that there's an epidemiological problem, there's an immigrant population. A screening test needs to be done, as we did in the eighties for people coming from [Brazilian] states whose [Chagas disease] transmission was known. (Interviewee 7)

No [I don't know about Chagas disease in the Bolivian population]. I'm aware of it now [with this research], because in the six years I've been here [working in the health service] I've had several opportunities to provide care for just one Bolivian patient, and I know he has a heart problem, but not Chagas disease. (Interviewee 11)

It's usual, we do ask for [a serological test for Chagas disease in Bolivian pregnant women]. It's our willingness [a provision of our service] to require this test. It's not part of the city hall protocol [São Paulo Municipal Health Department]. When the patient is Bolivian, we ask him the usual questions, such as whether he lived in the country, the type of housing, etc. I always ask him if he's ever done that test and if he'd like to be doing it. (Interviewee 2)

Yes, it would make it much easier [to have a specific protocol for Chagas disease], and even, if possible, a brief training [on Chagas disease research and treatment] for those who work in primary care, because, as I've already told you, if I take a case I'll have to ask for help, as even in college we don't have much of that subject. (Interviewee 3)

I don't know [about Chagas disease protocol]. What would be the relationship of Chagas disease? I would need to know about the disease to tell you what could affect the pregnancy, the transmission to the newborn, the eventual need for immediate treatment (...) We have many Bolivian women hospitalized here [in the Maternity Services] (...). (Interviewee 17)

Final Considerations

The poor living conditions of the Bolivian population using the Brazilian healthcare services characterize relevant processes of health inequities. Their insertion in the work process is regarded as a determinant factor for suffering health problems and limitations to health care.

The situation of the female Bolivian immigrant is emphasized as extremely vulnerable. Dimensions of gender relations, work and maternity are perceived in the everyday health services, confronting the health professionals with strong tensions, difficulties and feelings of helplessness towards certain demands and needs they impose.

Furthermore, linguistic and cultural barriers are limiting aspects in providing healthcare to the Bolivian population. This issue may, for example, generate problems in the patient's understanding concerning the need for continuous use of medication, which can be an element of non-effectiveness of the treatment in chronic diseases, such as Chagas disease.

The lack of knowledge about the clinical and epidemiological profile of Chagas disease among the health professionals who were interviewed for this study is of great concern for the comprehensive care of the population they attend, especially in the current scenario of migration flows in Brazil.

In sum, taking into consideration the aforementioned issues, it is highly important to promote a joint action of SUS managers, the institutions responsible for the professional development of human resources and the society to formulate strategies guiding the comprehensive care to the population, as well as incorporating the specificities of the migration groups.

Collaborators

Nivaldo Carneiro Junior and Cássio Silveira participated actively in the writing, discussion of the results, review, and final draft of the paper. Lia Maria Brito da Silva and Maria Aparecida Shikanai Yasuda participated in the discussions and review of the paper.

Acknowledgements

This paper is part of the research conducted by “the Chagas Disease and Immigration Research Group” (collective authorship). The authors would like to thank the following researchers, who contributed to the discussion of the results in some general issues, enriching the paper drafting process guided by the main authors: Camila Satolo., Célia Furuchó, Dalva Marli Valério Wanderley, Expedito Luna, Fernando Aith, Luzia Martinelli, Noêmia Barbosa Carvalho, Rubens Antônio Silva, Ruth Moreira Leite e Sônia Regina de Almeida.

References

1. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico sobre processos migratórios e de saúde na saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):229–32.
2. Rocha-Trindade MB. *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta; 1995.
3. Sassen S. *Sociologia da globalização*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2010.
4. Rizek C, Georges I, Freire C. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil/Argentina. *Lua Nova*. 2010; 79(6):111–43.
5. Goldberg A, Sow P. Las migraciones de africanos hacia Brasil y Argentina: nuevas dinámicas y espacios territoriales en transformación. In: Pineau M, editor. *Huellas y legados de la esclavitud en las Américas*. Sáenz Peña: Editorial de la Universidad Nacional de Tres de Febrero; 2012. p. 149–64 (Proyecto Unesco La Ruta del Esclavo).
6. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc*. 2013; 22(2):283–97.
7. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 Sup 1:13–22.
8. World Health Organization. Chagas disease (American Trypanosomiasis) [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 09 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>.
9. Guillen G, Diaz R, Jemio A, Cassab A, Pinto TC, Schofield CJ. Chagas disease vector control in Tupiza, Southern Bolívia. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1997; 92:1–8.

10. Organización Panamericana de la Salud. Relatório da reunion de la comision intergubernamental de la iniciativa subregional Cono Sur de eliminación de triatoma infestans y la interrupción de la transmisión transfusional de la tripanosomiasis americana; 27–29 Jul 2011; Cochabamba, Bolivia. Montevideo: OPAS; 2011. 69p. 11. Alabajar–Viñas P, Janin J. The hidden Chagas disease burden in Europe. [editorials], Euro Surveill. 2011; 16(38):pii:19975.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. Brasília: OMS; 2012.
13. Silva RA, Barbosa GL, Rodrigues VLCC. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas no estado de São Paulo no período de 2010 a 2012. Epidemiol Serv Saude. 2014; 23(2):259–67.
14. Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. Rev Soc Bras Med Trop. 2011; 44 Supl 2:122–4.
15. Barata RB, Ribeiro MCSA, Cassanti AC, Silveira C. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. Cad Saude Publica. 2011; 27 Supl 2:164–75.
16. Silveira C, Carneiro Junior N, Ribeiro MCSA, Barata RB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. Cad Saude Publica. 2013; 29(10):2017–27.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2297–305.
18. Cecílio LCO. Modelos tecno–assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica. 1997; 13(3):469–78.
19. Sassen S. As cidades na economia mundial. São Paulo: Studio Nobel Editora; 1998.
20. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidade social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. Cuad Antrop Soc. 2014; 39:91–114.
21. Carneiro Junior N, Oliveira RLS, Jesus CH, Luppi CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. Bol Inst Saude. 2011; 13(2):177–81.
22. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico–sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Saude Soc. 2012; 21(4):884–94.
23. Fuertes C, Martin Laso MA. El inmigrante em la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 Supl 1:9–25.
24. Maurício IL. Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos cuidados de saúde primários? Rev Port Clin Geral. 2009; 25:56–64.
25. Gontijo ED, Rocha MOC, Oliveira UT. Perfil clínico–epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico na perspectiva do SUS. Rev Soc Bras Med Trop. 1996; 29(2):101–8.

26. Colosio RC, Falavigna-Guilerme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre os profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6 Supl 2:355–63.

27. Dias JCP, Prata A, Correia D. Problems and perspectives for Chagas disease control: in search of a realistic analysis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008; 41(2):193–6.

Translated by Riyadh Weyersbach

Envolvimento dos usuários de sistemas de saúde na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS):

uma revisão narrativa de estratégias internacionais

Rosana Castro^(a)
Flávia Tavares Silva Elias^(b)

Castro R, Elias FTS. Involvement of patients of healthcare systems in Health Technology Assessment (HTA): a narrative review of international strategies. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):97-108.

This paper aims to describe and analyze international models and strategies for the involvement of patients of healthcare systems in HTA processes. A literature review was conducted on papers from seven databases, followed by selection of papers, identification and description of the models adopted in different countries. Based on the 392 articles identified, eight were selected for analysis based on eligibility criteria. The models and strategies were classified according to the domains of the involvement; type of audiences and level of involvement. The description of the models allowed identifying a wide range of experiences for citizens' involvement in the HTA processes. The results point to knowledge and information exchange as ways to reduce the distance between patients and HTA processes through diversified strategies to foster participation.

Keywords: Health technology assessment. Patient participation. Citizen participation. Involvement of the public.

O objetivo foi descrever e analisar modelos e estratégias internacionais de envolvimento de usuários de sistemas de saúde nos processos de avaliação para incorporação de tecnologias de saúde registrados na literatura científica. Realizou-se levantamento da literatura em sete bases científicas, seleção de artigos, identificação e descrição dos modelos adotados em diferentes países. De 392 artigos identificados, oito foram selecionados segundo critérios de elegibilidade. As estratégias e modelos identificados foram classificados segundo o domínio do envolvimento; tipo de público e nível de envolvimento. A descrição dos modelos permitiu identificar uma ampla diversidade de experiências para envolvimento do público em processos de ATS. Os resultados apontam para a troca de conhecimentos e informações como forma de reduzir o distanciamento entre os usuários e os processos de avaliação mediante estratégias diversificadas de incentivo à participação.

Palavras-chave: Avaliação de tecnologias em saúde. Participação de pacientes. Participação de cidadãos. Envolvimento do público.

^(a) Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70910-900. rosanacastro@unb.br

^(b) Programa de Evidências em Políticas e Tecnologias de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil. flavia.elias@fiocruz.br

Introdução

Ao longo das últimas décadas, o conhecimento científico vem ganhando, cada vez mais, centralidade nas práticas e políticas de saúde. Durante os anos 1970, dois campos de conhecimento emergiram e tiveram papel fundamental no fortalecimento do uso de evidências científicas na prática médica e na gestão em saúde: a Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

A MBE se caracteriza pela ênfase na análise apurada dos métodos por meio dos quais o conhecimento médico é cientificamente produzido – em detrimento de práticas baseadas na experiência do profissional, intuição e modelos fisiopatológicos¹. O foco é acionar evidências oriundas de publicações científicas para embasar decisões clínicas².

Signatária desses mesmos princípios, a ATS visa subsidiar as decisões de cobertura, incorporação ou reembolso de tecnologias em sistemas de saúde – sejam elas medicamentos, procedimentos diagnósticos, equipamentos de saúde ou protocolos e práticas clínicas e terapêuticas – com evidências científicas³. Diante disso, a ATS é definida como um “procedimento sistemático que permite avaliar os impactos de uma tecnologia sobre uma população no que concerne a aspectos como segurança, eficácia, efetividade, custo-efetividade e implicações éticas e sociais”⁴ (p. 25).

Apesar de considerar múltiplas dimensões referentes ao uso de tecnologias em saúde, a ATS está focada em determinar a efetividade e os custos de uma determinada tecnologia³. Privilegia os métodos quantitativos de revisão sistemática da literatura e metanálise de ensaios clínicos, bem como o uso de modelagens econômicas⁵, sobrepondo-se a métodos qualitativos que privilegiam aspectos sociais, psicológicos e éticos, os quais são frequentemente negligenciados ou considerados implicitamente nas avaliações e tomadas de decisão⁶.

Diversas publicações nos últimos anos questionam a adequação de avaliações de tecnologias centradas em medidas quantitativas⁶⁻⁹. Segundo tais trabalhos, a inclusão das perspectivas, dos valores e das experiências de pacientes e usuários de tecnologias e do público em geral pode contribuir para uma avaliação mais conectada com as disposições sociais vigentes, colaborando para a democratização de decisões, e para uma melhor análise do impacto das tecnologias de saúde.

Nos anos 1990, percebe-se o desequilíbrio entre abordagens biomédicas, centradas em pesquisadores e técnicos, em detrimento das abordagens sociais envolvendo a perspectiva do público, de pacientes e de usuários nos processos de avaliação. Nos anos 2000, as agências de ATS⁷ começaram a propor estratégias de envolvimento do público em diferentes etapas de uma ATS^{6,7,10-12}.

Os inquéritos realizados nos últimos anos demonstraram aumento de iniciativas voltadas para o envolvimento do público nos processos avaliativos das agências de ATS. Em 2006, Hailey e Nordwall publicaram estudo no qual se identificou que 57% das agências da *International Network for Health Technology Assessment* (INAHTA) envolviam o público em algumas etapas de suas avaliações¹³. Na segunda edição do inquérito, em 2010, os resultados apontaram um aumento de 10% no índice verificado anteriormente¹⁴. O estudo de Whitty, por sua vez, direcionado para agências de diferentes consórcios, apontou uma proporção de 67% de organizações de ATS que desenvolviam ações direcionadas ao envolvimento de pacientes⁸.

Ademais, publicações da Sociedade *Health Technology Assessment International* (HTAi) emitem recomendações para inclusão de pacientes como participantes plenos nas ATS¹⁵. A perspectiva da participação do público nas ATS está também presente nos quinze princípios-chave publicados por Drummond et al. Entre eles, a perspectiva social deve ser considerada nas avaliações; os pesquisadores e técnicos devem envolver todos os grupos interessados; e os achados dos estudos devem ser adequadamente comunicados a todos os públicos¹⁶.

No contexto brasileiro, o envolvimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na avaliação de tecnologias surgiu com a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias, que mantém um canal aberto para sugestão de temas a serem analisados (Rebrats)¹⁷. No que tange a processos de análise para fins de cobertura e incorporação de tecnologias no SUS, destaca-se a norma de consultas e audiências públicas definidas na legislação que cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), bem como a presença de representação do Conselho Nacional de Saúde no plenário da comissão¹⁸.

Em que pese o adensamento de propostas para formalização do envolvimento de usuários de sistemas de saúde nas avaliações, ainda persistem lacunas sobre estratégias mais sistemáticas e transparentes para reduzir o distanciamento desse público nos processos de avaliação e decisão de cobertura de tecnologias em saúde^{8,19}.

Levando em conta as características históricas e estruturais apresentadas, o presente trabalho tem como objetivo identificar, descrever e analisar, de forma exploratória, modelos e estratégias internacionais de envolvimento de usuários nos processos de avaliação para incorporação de tecnologias de saúde registrados na literatura científica. A partir da descrição de características fundamentais de experiências de diferentes países no engajamento do público, espera-se reconhecer os elementos das opções implementadas, bem como explorar as potencialidades e limitações de cada estratégia.

Método

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, caracterizada por valorizar publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual²⁰. O foco foi compreender e analisar de forma exploratória modelos e estratégias de envolvimento do público na ATS.

Existem expressões heterogêneas para se referir ao envolvimento ou engajamento do público na ATS¹⁹. Para os fins deste artigo, adotou-se a definição de Whitty⁸, formulada a partir dos conceitos de engajamento, de Rowe e Frewer²¹, e de público, de Mitton²². Assim, considerou-se como público todos aqueles cidadãos comuns leigos, membros de grupos de interesse, pacientes ou consumidores de tecnologias que podem vir a ser usuários de sistemas de saúde – excluindo-se sempre profissionais de saúde. Como envolvimento ou engajamento, foram entendidas quaisquer iniciativas ou processos que visam apoiar a comunicação, consulta ou participação do público em processos de ATS.

Os tipos de estudos priorizados para esse trabalho foram: relatos de experiências, estudos qualitativos e revisões sistemáticas. Realizou-se busca nas seguintes bases científicas: *Centre for Review and Dissemination (CRD)*, *Health Systems Evidence*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medline via PubMed*, *PQD-Evidence*, *Web of Science* e *Science Direct*. Os descritores utilizados foram: 'Avaliação de Tecnologias em Saúde'; 'participação de consumidores'; 'participação de pacientes' para a BVS e 'Health Technology Assessment'; 'Consumer Participation'; 'Patient Participation' e 'Citizen Participation' para as demais bases.

Os critérios de inclusão para elegibilidade dos artigos foram: i) população envolvendo o público em geral, pacientes, cidadãos ou consumidores; e ii) modelos e estratégia usados para inclusão do público em atividades de ATS. Os critérios de exclusão foram: i) intervenção não diretamente relacionadas à ATS; ii) ausência de descrição sobre os modelos ou estratégias para inclusão do público em processos de ATS; iii) estudos com compilações de experiências de mais de um país; iv) relatórios de agências; e v) experiências de hospitais ou unidades locais de saúde.

Os estudos selecionados foram classificados em duas categorias propostas por Facey et al. para introduzir a experiência do público nas ATS⁶. A primeira delas se refere a atividades de captação de estudos científicos sobre valores e perspectivas de pacientes. Para tanto, recorre-se à sistematização de estudos qualitativos ou revisões sistemáticas, direcionados ao público em geral, a respeito de suas experiências, atitudes, crenças, valores e expectativas sobre saúde, doença e tecnologias de saúde. A segunda se refere ao engajamento direto de representantes do público em processos de avaliação de tecnologias.

Uma vez classificados segundo essas macrocategorias, os modelos e as estratégias selecionados foram descritos tendo como referência as dimensões de participação do público na saúde elaborado por Gauvin et al. Tal modelo prevê três linhas: i) domínio de envolvimento, ii) tipo de público a ser considerado, e iii) nível de envolvimento²³. Os aspectos descritivos que constituem cada uma dessas dimensões estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Dimensões de descrição e análise dos modelos e estratégias selecionados

Dimensão Analítica	Caracterização	Aspectos descritivos
Domínio de envolvimento	Política	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de políticas de cobertura • Tomada de decisão de cobertura
	Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Governança da agência • Submissão de solicitações • Priorização de solicitações • Financiamento de pesquisas • Publicação de relatórios finais • Elaboração de recomendações • Publicação de recomendações
	Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de protocolos • Coleta de informações prévias • Definição de questões de pesquisa • Coleta de evidências • Análise de evidências • Síntese de evidências • Escrita de relatórios • Condução de revisões
Tipo de público	Público leigo em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectivas de cidadãos ou representantes de cidadãos
	Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectivas daqueles diretamente afetados por uma dada condição de saúde: pacientes, cuidadores e seus representantes
Nível de envolvimento	Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Disseminação e comunicação de resultados ao público
	Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui diferentes formas de perguntar ao público sobre seus valores, perspectivas, necessidades ou preferências para alimentar diferentes fases de uma ATS
	Participação	<ul style="list-style-type: none"> • Engajamento de pacientes ou do público leigo em geral como parceiros do processo de ATS

Fonte: adaptado de Gauvin et al.²³

A caracterização com uso dos descritores apresentados permitiu a análise dos artigos selecionados. Compararam-se múltiplas características e dimensões dos modelos e estratégias e, a partir desse quadro descritivo, apontaram-se reflexões críticas sobre os processos de elaboração, execução e disseminação de estudos de ATS. Diferenças na denominação do público no decorrer da análise resultam de variações de nomenclatura entre os próprios autores dos artigos selecionados.

Por se tratar de revisão de literatura, não foi necessária submissão e autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa para realização deste estudo.

Resultados

A busca nas diferentes bases científicas resultou na recuperação de 392 artigos. Após a remoção de duplicações e a leitura de títulos e resumos, trinta trabalhos foram selecionados para leitura completa. Destes, oito foram eleitos, pois atendem os critérios de inclusão. Dos oito trabalhos, apenas dois apresentam a produção e sistematização de conhecimentos científicos como estratégia para envolvimento do público em processos de ATS. Os seis demais abordam estratégias de envolvimento direto do público, pacientes ou consumidores.

Descreveremos, brevemente, as estratégias identificadas em cada um desses trabalhos à luz dos descritores de Gauvin et al.²³, e dividindo-os segundo as categorias de classificação apontadas por Facey et al.⁶

Estratégias de captação de estudos científicos

Os dois estudos inseridos na primeira categoria de classificação (Quadro 2) ressaltam a importância da perspectiva e dos valores de pacientes para a realização de avaliações de tecnologias por eles utilizadas, e advogam pela pertinência da produção ou sistematização dos conhecimentos a respeito das percepções deste público para subsidiar a tomada de decisão. Embora estivessem preocupados com avaliações de custo-efetividade, os métodos e as abordagens utilizadas pelos autores foram distintos – tendo um deles natureza qualitativa e, o outro, uma base quantitativa^{24,25}.

O estudo de Street et al.²⁴ utiliza buscas na literatura e em *blogs* para obter informações sobre as perspectivas de pacientes com relação a uma tecnologia diagnóstica de retinopatia diabética. Primeiro revisaram a literatura referente às percepções e valores de diabéticos, por meio de periódicos científicos – sobretudo, qualitativos. Na busca em *blogs* e fóruns eletrônicos de discussão, os autores destacam relatos de experiências de pessoas com diabetes que utilizaram a tecnologia. Os autores consideram a captação direta da perspectiva comunitária como muito dispendiosa em termos de tempo e recursos, e privilegiam consultas *online* aos discursos disponíveis em *weblogs* de pessoas com diabetes. Argumentam que a perspectiva da comunidade foi fundamental tanto para aceitabilidade, impacto social e potencial absorção de uma tecnologia, quanto para a compreensão de significados dados ao exame de retinopatia, sobretudo no que toca a desconfortos dos usuários.

Quadro 2. Captação de estudos científicos sobre valores e perspectivas de pacientes

Referência	País	Tipo de Público	Domínio de envolvimento	Nível de envolvimento	Estratégia ou modelo de envolvimento
Street et al. (2008)	Austrália	Pacientes	Pesquisa	Consulta	Busca e sistematização da perspectiva do público em estudos científicos e em <i>weblogs</i> e comunidades de discussão na internet
Danner et al. (2011)	Alemanha (IQWiG)	Pacientes	Pesquisa	Consulta	Workshops com pacientes e profissionais para graduação de critérios de importância de desfechos de um tratamento

Fonte: elaboração própria.

Entretanto, apontam limitações da busca bibliográfica, pela dificuldade de se recuperarem estudos que abordam a perspectiva de membros da comunidade. Os *blogs* e fóruns de discussão, por outro lado, são limitados às pessoas que utilizam ambiente eletrônico e, portanto, excluem pessoas que não usam essas ferramentas, não têm acesso à internet ou são residentes em locais remotos.

Danner et al.²⁵ enxergam os pacientes como usuários finais de uma tecnologia de saúde e, portanto, argumentam que seu envolvimento na ATS pode aumentar a viabilidade de uma decisão de saúde. Os autores construíram um processo de quantificação das preferências dos pacientes para subsidiar a etapa de priorização de efeitos de medicamento para tratar depressão. Buscaram também identificar como essas informações poderiam ser utilizadas nas análises de custo-efetividade do *German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG)*.

Os autores realizaram um workshop com sete profissionais de saúde e outro com doze pessoas com depressão. Nessas ocasiões, os próprios participantes de cada um dos grupos escalonaram suas preferências de desfechos do tratamento por meio de uma comparação entre dois resultados – uma técnica de análise de decisão por múltiplos critérios denominada de *Analytic Hierarchy Process (AHP)*. Baseado em matrizes de comparação pareada, realiza-se cálculo por meio de um algoritmo, representando pesos diferenciados para cada variável, baseados em preferências declaradas para cada um dos critérios de decisão. Graduaram a importância de diferentes desfechos para pessoas com depressão e compararam com os considerados significativos por profissionais de saúde.

Segundo os autores, o uso da AHP em workshops foi bem recebido por pacientes e profissionais de saúde. A fragilidade no uso da AHP está na determinação prévia de desfechos a serem avaliados pelos organizadores do *workshop*. Isso porque os efeitos do tratamento previamente determinados podem não ser aqueles que pacientes e profissionais valorizam.

Estratégias de envolvimento direto

Os seis trabalhos descrevendo opções de engajamento direto do público em avaliações de tecnologias guardaram uma série de aproximações entre si (Quadro 3). Percebeu-se o uso de estratégias de construção de diálogos e exercícios controlados de debate – deliberativo ou não – conduzidos por equipes multiprofissionais treinadas, com a finalidade de captação de percepções e preferências do público, prevalecendo o envolvimento por meio de consultas destinadas a subsidiar as outras etapas da avaliação e tomada de decisão.

A ocorrência da denominação “consumidor” para fazer referência ao tipo de público que se desejava incluir aparece em três trabalhos²⁶⁻²⁸. A definição deste público, quando explicitada, referenciou o trabalho de Hanley et al.²⁹, no qual denominaram consumidor como: i) pacientes, cuidadores, usuários de longo prazo; ii) organizações de consumidores; iii) membros do público em geral; e iv) grupos que solicitem pesquisas por acreditarem que foram expostos a circunstâncias, produtos ou serviços potencialmente prejudiciais²⁹.

O artigo de Pivik et al.²⁶ consiste em uma apresentação das etapas de produção de um modelo de participação do público em processos de ATS no Canadá. Os autores do trabalho o desenvolveram a partir de quatro etapas sequenciais: i) revisão da literatura de modelos e métodos já existentes; ii) identificação de critérios para avaliação de modelos em funcionamento; iii) avaliação de modelos; e iv) inquéritos com associações canadenses ligadas à saúde.

Quadro 3. Estudos com estratégias de engajamento direto do público

Referência	País	Tipo de Público	Domínio de envolvimento	Nível de envolvimento	Estratégia ou modelo de envolvimento
Pivik et al. (2004)	Canadá	Pacientes	Política	Informação, consulta e participação	Uma organização independente, liderada por consumidores e financiada pelo governo federal para promover a nomeação dos consumidores mais efetivos para participação em comitês de ATS.
Royle; Oliver (2004)	Reino Unido (NCCHTA-NHS)	Pacientes	Organizacional	Informação e participação	Formação de equipe de profissionais voltada para elaboração e execução de atividades de envolvimento de consumidores e ações de engajamento destes na priorização, avaliação e divulgação de estudos realizados
Menon; Stafinski (2008)	Canadá (Alberta)	Público em geral	Organizacional	Consulta	Realização de um júri de cidadãos para eleição de critérios de priorização
Moran; Davidson (2011)	Reino Unido	Não há uma identificação clara do tipo de público ao qual se dirigem as estratégias	Organizacional Pesquisa	Consulta e participação	Formulário online para interposição de sugestões e busca ativa de sugestões de grupos de usuários; revisão de resumos com informação sobre tecnologias; participação no comitê que define os estudos que serão financiados
Watt et al. (2012)	Austrália	Pacientes Público em geral	Política	Consulta	Realização de reuniões separadas de médicos, consumidores (pacientes) e comunidade em geral (cidadãos) para discussão de dimensões de uma tecnologia existente.
Silva (2013)	Brasil	Pacientes e público em geral	Organizacional	Consulta	Audiência e consulta públicas

Fonte: elaboração própria.

O estudo de Pivik et al. resultou na proposta de criar uma organização independente, liderada por consumidores e financiada pelo governo federal para nomear consumidores para os comitês de ATS. Entre as atribuições da organização, estão: i) ativar uma rede de organizações de saúde, ii) desenvolver uma base de dados sobre consumidores, iii) estabelecer um processo formal de envolvimento de *stakeholders*, iv) realizar treinamento de consumidores, v) fazer a disseminação e avaliação das ações da própria organização. Como regra, ao menos dois membros indicados precisariam participar de todas as etapas de avaliação de tecnologias, e a efetivação satisfatória deste modelo dependeria de custos de deslocamento e acomodação dos membros indicados – prevendo-se, inclusive, pagamento de salário ou honorários²⁶.

O artigo de Royle e Oliver também privilegia consumidores, e registra a experiência de quatro anos do *National Coordinating Centre for Health Technology Assessment* (NCCHTA), do *National Health Service* (NHS) do Reino Unido²⁷. A equipe do NCCHTA contava com: um gerente de relações com o consumidor; um consultor externo e um grupo gestor. Esses profissionais dedicaram horas semanais para desenvolverem ações de envolvimento do público nas etapas de priorização, avaliação e divulgação de estudos. Consumidores fizeram parte de painéis consultivos para definição de prioridades de pesquisa, de atividades nas quais foram comentaristas dos sumários de pesquisas e como pares avaliadores de propostas de pesquisa recebidas pelo NCCHTA. Ao longo de quatro anos, observaram que a grande quantidade de informações técnicas e o curto tempo para sua interpretação foram barreiras relatadas. Ademais, houve crescimento de demandas por pagamento pela participação e pelo trabalho de revisão de material oriundo das avaliações. Em que pesem as limitações, os autores ressaltam que a equipe de ATS se qualificou à medida que se tornou mais atenta à perspectiva desse público e às suas demandas.

O trabalho de Watt et al. está voltado para percepções de diferentes *stakeholders* em deliberações para retirada de tecnologias de saúde na Austrália²⁸. Os autores partem das noções de evidência científica e conhecimento experiencial. Estes últimos, em contraposição àquele produzido segundo os moldes tradicionais da ciência moderna, são conhecimentos oriundos da experiência de pessoas com a doença ou condição cuja tecnologia visa tratar. Juntam-se, também, a esse escopo de informações os conhecimentos do público leigo em geral, não diretamente afetado pela tecnologia em estudo.

A proposta de Watt et al. é dividida em três etapas. Na primeira, realizou-se uma revisão sistemática sobre efetividade, custos e questões éticas do uso da tecnologia. Em seguida, os achados das revisões são encaminhados para grupos distintos de médicos, pacientes e cidadãos comuns. Em grupo, facilitadores têm a incumbência de conduzir debates para identificar perspectivas coincidentes e discordantes com relação ao financiamento público da tecnologia e conduzi-los à formulação de um modelo de financiamento alternativo. Na última etapa, as perspectivas de cada grupo são levadas ao corpo de assessores da política para que tomem a decisão levando em conta tanto as evidências científicas como a experiência dos participantes. Os autores identificam desafios significativos para o recrutamento de grupos de interesse apropriados e para obtenção de informações das deliberações de modo neutro. Devido à natureza da atividade, dificilmente a estratégia seguiria um procedimento padronizado, pois, a cada avaliação, mudam os grupos de interesse e, portanto, adaptações seriam necessárias.

O único trabalho levantado que relata a experiência de estratégia ativa de envolvimento do público de um país não europeu foi o de Silva et al.³⁰ Os autores relatam o processo de consulta pública da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e fazem uma revisão de experiências internacionais de envolvimento de público na ATS. Descrevem os mecanismos previstos para esse tipo de ação no Brasil, relatando duas situações específicas nas quais tais mecanismos foram acionados. Essas ocasiões foram uma audiência e uma consulta pública referentes à avaliação de múltiplas tecnologias para tratamento de feridas crônicas e queimaduras, ocorrida na época da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC).

A audiência foi realizada na cidade de Brasília, na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e contou com o comparecimento de representantes de centros universitários, de empresas, de instituições do terceiro setor e da sociedade civil. Um debate não deliberativo foi promovido entre os presentes, tendo como subsídio técnico os resultados de um estudo de avaliação de diferentes

tecnologias para o tratamento de feridas. Após a realização da audiência, uma consulta pública referente ao tema foi realizada para recolhimento de evidências adicionais às apresentadas no evento³⁰.

O trabalho de Menon e Stafinski³¹, diferentemente daqueles até agora descritos, avalia a realização de um júri formado por cidadãos do público geral da província de Alberta, no Canadá. O propósito desse júri era a identificação de critérios para priorização de estudos de avaliação de tecnologias. Dezesesseis indivíduos foram convidados mediante uma seleção baseada em aleatorização estratificada por região, gênero e idade, e receberam 375 dólares canadenses por sua participação. Os autores consideram, para fins do trabalho, que as deliberações oriundas da amostra representam as perspectivas do público geral.

Durante dois dias e meio, esses indivíduos participaram de um júri, que contou com sessões dedicadas à apresentação de cientistas, pacientes, gestores de saúde e médicos a respeito de aspectos de duas tecnologias que eles deveriam analisar; seguidas de grupo de trabalho para hierarquização de dez critérios para priorização de estudos de avaliação, dos quais os primeiros se referiam ao potencial da tecnologia para beneficiar uma grande quantidade de pessoas e aumentar o tempo de vida com qualidade, e o último à completude dos dados disponíveis sobre eventos adversos. O custo foi qualificado como critério que não deve ser utilizado para definição de prioridades na perspectiva do júri.

Segundo os autores do artigo, os resultados do estudo mostram que: os jurados tinham iguais oportunidades de expor seus pontos de vista, estiveram engajados nos debates, rememoraram detalhes das informações a eles apresentadas e desenvolveram um senso de comunidade, saindo de suas visões mais autointeressadas para outras mais socializadas. Como fragilidades da experiência, os autores apontam a impossibilidade de generalização dos resultados do júri, sendo necessário repetir a experiência de diferentes formas.

O trabalho de Moran e Davidson relata a experiência de uma organização do programa de Avaliação de Tecnologias de Saúde do *National Institute of Health Research* (NIHR) ao final de dez anos de atividades. No decorrer do artigo, não está explicitado o tipo de público privilegiado para envolvimento. Os autores apresentam estratégias de engajamento do público nos cinco estágios que compõem o trabalho de avaliação da unidade: identificação de temas, priorização de temas como questões pesquisáveis, financiamento de pesquisas, monitoramento de projetos ao longo de sua implementação, e publicação e disseminação dos resultados.

Segundo os autores, foi notável uma divisão desigual do envolvimento do público entre as etapas de avaliação, pois não havia qualquer iniciativa nesse sentido nos estágios de avaliação, monitoramento ou publicação e disseminação. O público ficava, então, restrito à participação em processos de identificação de temas – por meio do uso do formulário *online* permanentemente disponível para interposição de sugestões. Outra estratégia foi a participação, nas redes e fóruns, entre o NIHR e organizações de pesquisa e grupos de usuários cujos membros são convidados a submeter sugestões e realizar priorização por meio da revisão de resumos com informações sobre as tecnologias ou participação em comitê que define as tecnologias que receberão avaliação.

Moran e Davidson apontam que a ampliação do envolvimento do público exigiria treinamento, financiamento, gestão e pagamento de revisores do público. Destacam, ainda, que implementariam um novo modelo de envolvimento do público a partir de 2011 e esperam, a partir deste, avaliar seu funcionamento de modo mais sistemático.

Discussão

O conjunto final de trabalhos selecionados não é representativo do corpo de publicações sobre o assunto e nem visa esgotar as possibilidades de descrição de experiências internacionais sobre envolvimento de usuários na ATS. Ao contrário, busca-se, por meio de seleção e análise qualitativa, mapear a diversidade de abordagens para o envolvimento do público e explorar criticamente algumas

dimensões de tais iniciativas e para instituir diálogos com atores do campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Os resultados ora apresentados coincidem com as reflexões presentes na literatura no que toca à identificação de uma ausência de homogeneidade ou falta de sistematizações que possam oferecer um modelo para esse tipo de iniciativa¹⁹. Entretanto, entende-se, aqui, que este fato é menos uma barreira, conforme apontado por alguns autores⁹, e mais uma característica que deve ter seu potencial criticamente analisado.

Os estudos revisados demonstram uma variedade significativa de abordagens, métodos e potencialidades de incentivos ao envolvimento do público na ATS para reduzir o distanciamento entre as perspectivas dos usuários e dos tomadores de decisão nos sistemas de saúde. Não foram detectadas repetições entre os modelos eleitos para a composição desta revisão, de modo que cada estudo apresenta maneiras peculiares de envolvimento do público em atividades de avaliação de tecnologias. As estratégias dos autores para subsidiar avaliações de tecnologias com evidências científicas exprimem possibilidades distintas de prospecção, produção e sistematização de resultados de estudos primários e secundários.

Os trabalhos aqui considerados abrangem todas as dimensões analíticas propostas por Gauvin et al.²³ para caracterização de iniciativas de engajamento do público em processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Entretanto, dadas as particularidades de cada caso, a distribuição das estratégias entre os domínios e tipos de envolvimento, bem como em relação ao tipo de público, variam de modo significativo.

Embora haja contribuições importantes das abordagens acima descritas, as estratégias de envolvimento do público baseadas na produção de evidências científicas limitam-no ao nível da consulta. Ou seja, mesmo que forneçam subsídios fundamentais, não permitem que o público esteja diretamente envolvido no processo de avaliação, representando a si mesmo e protagonizando as discussões embasadas em suas percepções.

Por outro lado, tais estudos salientam o potencial de pesquisas qualitativas para o entendimento de percepções de pacientes, cuidadores e outras pessoas que compartilhem de uma determinada condição de saúde em processos de ATS³². Mesmo com o avanço de abordagens que combinam evidências provenientes de prospecções e sínteses de estudos quantitativos e qualitativos^{33,34}, são ainda principiantes as situações nas quais os estudos qualitativos são sistematicamente considerados para a fundamentação de uma ATS. O fortalecimento de estratégias de envolvimento do público pode, nesse sentido, implicar a ampliação de abordagens utilizadas nas avaliações, bem como na diversificação das formações acadêmicas de profissionais da área.

Mesmo nos modelos e estratégias de engajamento direto do público, notou-se a grande ocorrência de iniciativas que reservam, ao público, o envolvimento no nível da consulta. Poucas iniciativas, de fato, tiveram, como foco e resultado, a inserção de representantes ou membros do público em atividades nas quais pudessem influenciar nas deliberações, sendo suas perspectivas mais uma informação para a tomada de decisão, que pode ser ou não concordante com a perspectiva do público, pacientes ou consumidores.

O fato de as estratégias de engajamento direto se configurarem, em muitos casos, em ações de envolvimento indireto de representantes de um determinado grupo, indica que as escolhas e propósitos das organizações guardam, ainda, um distanciamento desse público. Embora as atividades para engajamento direto do público tenham aumentado, persiste, entre as organizações de ATS, uma postura de cautela⁵ ou resistência com relação ao envolvimento desses atores em processos de avaliação.

No contexto brasileiro, pode-se dizer que, embora também persista a ênfase no envolvimento ao nível da consulta, existe um ambiente favorável para implementar processos de participação mais direta do público nas avaliações para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde. Isso porque a legislação³⁵ prevê audiências públicas e a participação de um membro do Conselho Nacional de Saúde na Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec).

Comentários finais

Os estudos sumarizados apontam o potencial de se utilizarem as evidências qualitativas para a inclusão de aspectos sociais do uso de uma tecnologia, e para a inclusão das perspectivas do público usuário de sistemas de saúde nas avaliações de tecnologias de saúde. Como implicações práticas, pode ser fundamental o trabalho de cientistas sociais, bioeticistas e outros que atuem com metodologias qualitativas para avaliação de dimensões sociais e éticas do uso de tecnologias de saúde.

A diversidade das experiências internacionais mostra formas e estratégias de incentivos para reduzir o distanciamento do público nos processos de avaliação e decisão de cobertura de tecnologias em sistemas de saúde, enraizadas em processos históricos específicos das interações entre usuários e tomadores de decisão de cada país. Nesse sentido, as estratégias locais devem ser, elas mesmas, construídas em diálogo com o público, de modo que este compreenda os processos de avaliação das diversas tecnologias de saúde e possa expressar e escolher a maneira com que prefere ser consultado, participar ou ser informado sobre tais procedimentos.

Colaboradores

Rosana Castro e Flávia Elias foram responsáveis pelo desenvolvimento da metodologia de busca de referências para a revisão narrativa. Rosana Castro foi responsável pela coleta, sistematização, análise dos dados e redação da primeira versão do manuscrito. Rosana Castro e Flávia Elias participaram, igualmente, da discussão dos resultados da pesquisa, bem como da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Wannmacher L, Fuchs F. Conduta terapêutica baseada em evidências. *Rev Assoc Med Bras.* 2000; 46(3):237-41.
2. Atallah ÁN, Castro AA. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. *Rev Imagem.* 1998; 20(1):V-IX.
3. Krauss-Silva L. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad Saude Publica.* 2004; 20 Supl 2:S199-207.
4. Almeida RMVR, Infantsi AFC. A avaliação de tecnologia em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento. In: Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, Barata RB, organizadores. *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 25-9.
5. Gauvin F-P, Abelson J, Giacomini M, Eyles J, Levis JN. Moving cautiously: public involvement and the health technology assessment community. *Int J Technol Assess Health Care.* 2011; 27(1):43-9.
6. Facey K, Boivin A, Gracia J, Hansen HP, Lo Scalzo A, Mossman J, et al. Patients' perspectives in health technology assessment: a route to robust evidence and fair deliberation. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010; 26(3):334-40.
7. Hailey D. Consumer involvement in health technology assessment. HTA Initiative [Internet]. AHFMR; 2005 [citado 10 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR21.pdf>
8. Whitty JA. An international survey of the public engagement practices of health technology assessment organizations. *Value Health.* 2013; 16(1):155-63.
9. Drummond M, Tarricone R, Torbica A. Assessing the added value of health technologies: reconciling different perspectives. *Value Health.* 2013; 16 Supl 1:S7-13.

10. Bastian H, Scheibler F, Knelangen M, Zschorlich B, Nasser M, Waltering A. Choosing health technology assessment and systematic review topics: the development of priority-setting criteria for patients' and consumers' interests. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(4):348-56.
11. Gagnon M-P, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Simard C, Rhainds M, et al. Introducing patient perspective in health technology assessment at the local level. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9:54.
12. Gagnon M-P, Desmartis M, Gagnon J, St-Pierre M, Gauvin F-P, Rhainds M, et al. Introducing the patient's perspective in hospital health technology assessment (HTA): the views of HTA producers, hospital managers and patients. *Health Expect*. 2014; 17(6):888-900.
13. Hailey D, Nordwall M. Survey on the involvement of consumers in health technology assessment programs. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006; 22(4):497-9.
14. Hailey D, Werkö S, Bakri R, Cameron A, Göhlen B, Myles S, et al. Involvement of consumers in health technology assessment activities by Inahta agencies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013; 29(1):79-83.
15. Health Technology Assessment International. Values and quality standards for patient involvement in HTA [Internet]. 2014 [citado 10 Mar 2017]. Disponível em: http://www.htai.org/fileadmin/HTAi_Files/ISG/PatientInvolvement/v2_files/Info/PCISG-Info-ValuesandStandards-30-Jun14.pdf.
16. Drummond MF, Schwartz JS, Jönsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(3):244-58.
17. Ministério da Saúde (BR). Formulário de sugestão de pesquisa em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) [Internet]. 2017 [citado 10 Mar 2017]. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/formulario>.
18. Casa Civil (BR). Decreto no 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências [Internet]. 2011 [citado 10 Mar 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm.
19. Gagnon M-P, Desmartis M, Lepage-Savary D, Gagnon J, St-Pierre M, Rhainds M, et al. Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: a systematic review of international experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(1):31-42.
20. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):v-vi.
21. Rowe G, Frewer LJ. A typology of public engagement mechanisms. *Sci Technol Hum Values*. 2005; 30(2):251-90.
22. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy*. 2009; 91(3):219-28.
23. Gauvin F-P, Abelson J, Giacomini M, Eyles J, Lavis JN. "It all depends": conceptualizing public involvement in the context of health technology assessment agencies. *Soc Sci Med*. 2010; 70(10):1518-26.
24. Street JM, Braunack-Mayer AJ, Facey K, Ashcroft RE, Hiller JE. Virtual community consultation? Using the literature and weblogs to link community perspectives and health technology assessment. *Health Expect*. 2008; 11(2):189-200.
25. Danner M, Hummel JM, Volz F, van Manen JG, Wiegard B, Dintsios CM, et al. Integrating patients' views into health technology assessment: analytic hierarchy process (AHP) as a method to elicit patient preferences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27(4):369-75.

26. Pivik J, Rode E, Ward C. A consumer involvement model for health technology assessment in Canada. *Health Policy*. 2004; 69(2):253-68.
27. Royle J, Oliver S. Consumer involvement in the health technology assessment program. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004; 20(4):493-7.
28. Watt AM, Hiller JE, Braunack-Mayer AJ, Moss JR, Buchan H, Wale J, et al. The ASTUTE health study protocol: deliberative stakeholder engagements to inform implementation approaches to healthcare disinvestment. *Implement Sci*. 2012; 7:101.
29. Hanley B, Bradburn J, Gorin S. Involving consumers in research and development in the NHS: briefing notes for researchers. Winchester: Consumers in NHS Research Support Unit; 2000.
30. Silva AS, Marcondes WB, Elias FTS. O envolvimento do público no processo de avaliação de tecnologias em saúde: experiências mundiais e proposições para sua ampliação no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
31. Menon D, Stafinski T. Engaging the public in priority-setting for health technology assessment: findings from a citizens' jury. *Health Expect*. 2008; 11(3):282-93.
32. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27:384-90.
33. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10 Suppl 1:21-34.
34. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*. 2005; 10 Suppl 1:6-20.
35. Casa Civil (BR). Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 18 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília; 2011 [citado 10 Mar 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm.

Castro R, Elias FTS. Envolvimiento de los usuarios de sistemas de salud en la Evaluación de Tecnologías de Salud (ETS): una revisión narrativa de estrategias internacionales. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):97-108.

El objetivo fue describir y analizar modelos y estrategias internacionales de involucramiento de usuarios de sistemas de salud en los procesos de evaluación para incorporación de tecnologías de salud registrados en la literatura científica. Se realizó un levantamiento de la literatura en siete bases científicas, selección de artículos, identificación y descripción de los modelos adoptados en diferentes países. De 392 artículos identificados, se seleccionaron ocho según criterios de elegibilidad. Las estrategias y modelos identificados se clasificaron según el dominio del involucramiento, tipo de público y nivel de involucramiento. La descripción de los modelos permitió identificar una amplia diversidad de experiencias para involucramiento del público en procesos de ETS. Los resultados señalan el intercambio de conocimientos e informaciones como forma de reducir el distanciamiento entre los usuarios y los procesos de evaluación mediante estrategias diversificadas de incentivo a la participación.

Palabras clave: Evaluación de tecnologías de salud. Participación de pacientes. Participación de ciudadanos. Envolvimiento del público.

Submetido em 10/06/16. Aprovado em 24/01/17.

Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?*

Bárbara Lyrio Ursine^(a)
Éverton Luís Pereira^(b)
Fernando Ferreira Carneiro^(c)

Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. The health of people with disability living in rural areas: what do Basic Health Care workers say? *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):109-20.

This study aimed to analyze the perceptions of Family Health Strategy workers about people with disabilities living in rural areas. This was a qualitative research with an ethnomethodological design. Data was collected through participant observation, discussion roundtables, field notes and semi-structured interviews at the Primary Health Care Service in the city of Grão Mogol, state of Minas Gerais. The analysis was supported by triangulation methods. The results show that the developmental policies and implementation of public policies are impacting the health of populations in the rural areas. Disability is described based on biomedical model, and charity perspective is evident in health care activities. The Health Care Network for People with Disabilities should be subject of new agreements to lower health access barriers.

Keywords: People with disability. Rural health. Primary health care. Health services accessibility. Brazilian National Health System.

Este estudo objetivou analisar as percepções dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde da pessoa com deficiência que vive no campo. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com o desenho de cunho etnometodológico. Foi realizada observação participante e debates por meio da roda, com registro em diário de campo, e entrevistas semiestruturadas em uma Unidade Básica de Saúde de Grão Mogol, Minas Gerais. Na análise, combinaram-se os dados coletados para triangulação. Os resultados evidenciam que as políticas desenvolvimentistas e a inserção das políticas públicas estão incidindo sobre a saúde das populações do campo. A deficiência está ancorada no modelo biomédico e a dimensão da caridade se resalta nas ações em saúde. O desenho da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve ser repactuado a fim de enfrentar as barreiras de acesso à saúde.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Saúde da população rural. Atenção primária à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

* Elaborado com base nos resultados de Ursine BL. Saúde das pessoas com deficiência do campo no âmbito da atenção básica: percepções dos trabalhadores e reflexões sobre políticas de equidade para pessoas em situação de dupla vulnerabilidade [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2016.

^(a,b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UNB. Campus Universitário Darcy Ribeiro, s/n, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70910-900. barbaraursine@yahoo.com.br; everton.epereira@gmail.com

^(c) Fundação Oswaldo Cruz no Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. fernandocarneirofiocruz@gmail.com

Introdução

No Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é um importante componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por desenvolver ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde¹. Na Política Nacional de Saúde Integral para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas, a relevância da Atenção Básica também é ressaltada para garantir o acesso com equidade². Destaca-se que, na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família é uma das prioridades para reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil³.

A priorização das atividades desenvolvidas pela Atenção Básica deve considerar o critério de vulnerabilidade³, podendo esta ser compreendida como um conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atingem um sujeito cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas por aspectos sócio-históricos⁴. Entre aqueles que estão em condição de vulnerabilidade, podemos citar as pessoas com deficiência que, em função de diversas barreiras, são impossibilitadas de participarem ativamente da vida cotidiana.

Nesse sentido, o presente artigo aborda a dupla vulnerabilidade na vida social das pessoas com deficiência que vivem no campo, compreendendo-as na perspectiva da interseccionalidade⁵. Refletir sobre a interação entre as vulnerabilidades que atingem pessoas do campo com deficiência pode demonstrar como são necessárias políticas públicas que contemplem a diversidade dos sujeitos com deficiência, e não apenas aqueles que sofrem restrição de participação social na vida cotidiana.

A literatura discute vários significados da deficiência, emergindo, ao menos, dois modelos teóricos: biomédico e social. O modelo biomédico aborda a deficiência na perspectiva individual como condição essencialmente negativa, infortúnio, tragédia pessoal e drama familiar, estando fortemente arraigada no determinismo biológico⁶. O modelo social da deficiência surgiu como contraponto ao modelo biomédico, e transfere a responsabilidade de mudança defendendo que a opressão social não decorreria de suas limitações corporais. O tema da deficiência, portanto, além de ser pautado pela biomedicina, também deve ser alvo de ações políticas e intervenções do Estado por meio de proteção social e reparação de desigualdades⁷.

Diante do debate provocado pelos estudos da deficiência e pela mobilização social deste segmento, definiu-se que pessoas com deficiência são “aquelas que têm impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas”. Essa denominação foi promulgada com equivalência de emenda constitucional no Brasil⁸, e dialoga com o modelo biomédico e social de deficiência^{7,9}.

Em relação às pessoas do campo com deficiência, a limitada literatura sugere que essas pessoas têm a condição de saúde mais comprometida do que a população do campo sem deficiência¹⁰. Apesar de tanto as pessoas com deficiência, quanto aquelas que vivem no campo relatarem muitos dos mesmos tipos de impedimentos, a lesão parece exacerbar as barreiras de acesso à saúde¹¹.

As pessoas do campo com deficiências parecem viver em maior desvantagem quanto às suas condições de saúde, uma vez que a deficiência e a vida no campo estão associadas: a menor número de oportunidades de educação e emprego, à falta de transporte público acessível e a dificuldades comunicacionais e no acesso a serviços de saúde¹². Nesse sentido, estudar a percepção dos profissionais de saúde sobre a interseccionalidade entre deficiência e vida rural é importante para ampliar o acesso desse segmento populacional a políticas públicas condizentes com suas particularidades.

Diante disso, o objetivo deste artigo é analisar as percepções dos trabalhadores da Saúde da Família sobre a saúde da pessoa do campo com deficiência, valorizando-se seus modos de ser e subjetividades.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade compreensiva, a qual está inserida no Projeto de Pesquisa intitulado 'Pesquisa Avaliativa da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas em distintos cenários do Brasil', coordenada pelo

Observatório de saúde das populações do campo, da floresta e das águas – Teia de Saberes e Práticas/OBTEIA. Essa pesquisa foi desenvolvida em nove territórios prioritários, sendo que, em um deles, foi realizada em duas etapas, a saber: fase exploratória com investigação participante e fase sistemática com cunho etnometodológico¹³. Este artigo apresenta os resultados da fase sistemática do projeto.

Campo de estudo

Na fase exploratória, a coleta de dados se deu em nove territórios prioritários, escolhidos por meio dos seguintes critérios: 1) possuir movimento social organizado; 2) apresentar área de conflito socioambiental; 3) existir situações ainda não pesquisadas; 4) apresentar gestores e trabalhadores comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS). Utilizando-se esses critérios, o Distrito 'Porta do Mundo' – nome fictício – foi selecionado como um dos territórios. O critério para selecionar esse território na fase sistemática foi a implicação da primeira autora deste artigo com o território, uma vez que ela compõe a equipe do Observatório de saúde das populações do campo – Teia de Saberes e Práticas/OBTEIA, como referência nessa localidade, e apoia o Estado de Minas Gerais (MG) na implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

'Porta do Mundo' está localizada no município de Grão Mogol, norte de MG, distando 51 km da sede municipal por terra e 101 km por pavimentação asfáltica. Grão Mogol¹⁴ possui uma população de 15.024 habitantes, com área territorial de 3.885,294 km² e densidade populacional de 3,87 hab/km². A população cadastrada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito é estimada em dois mil habitantes. Esta UBS, único estabelecimento de saúde existente na localidade, dispõe de uma equipe de Saúde da Família – formada por um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde – com equipe de Saúde Bucal – formada por um Dentista e um Técnico de saúde bucal. A Unidade de Saúde conta, ainda, com dois trabalhadores ligados aos Serviços Gerais, dois Recepcionistas, três Técnicos de Enfermagem e um trabalhador na Farmácia.

População do estudo e coleta das informações

A fase exploratória da pesquisa foi realizada de fevereiro a junho de 2015, com a participação de movimentos sociais locais. Essa fase baseou-se no desenho da investigação participante¹³ para mapear os componentes da Política de Saúde para as Populações do Campo e o desenvolvimento de ações de saúde. Foram realizadas quatro reuniões de articulação para inserção dos pesquisadores no campo de estudo. Nesse território, foi desenvolvida a Oficina de Planejamento da Pesquisa, cinco Oficinas na zona rural, uma entrevista coletiva com Agentes Comunitários de Saúde e duas entrevistas individuais com gestores locais da saúde.

A fase sistemática desdobrou-se da fase exploratória da pesquisa com o retorno ao território em dezembro de 2015, a partir de um desenho de cunho etnometodológico¹³, com a perspectiva epistemológica da investigação emancipatória da deficiência⁹. Foram utilizadas as seguintes técnicas: observação participante; entrevistas individuais semiestruturadas; debates por meio da roda¹⁵. As três técnicas foram aplicadas com auxílio de roteiros com questões norteadoras, sendo que as duas primeiras visavam compreender a realidade local e as percepções dos trabalhadores sobre saúde da pessoa com deficiência do campo. A terceira técnica almejava fortalecer a discussão coletiva, proporcionando a interação intersujeitos e análise das situações.

O convite de participação no estudo foi realizado para todos os trabalhadores, e participaram aqueles que o aceitaram. As observações, as entrevistas e a roda foram realizadas na Unidade de Saúde, sendo que as observações contemplaram, também, o território adscrito. Houve entrevista realizada na residência dos trabalhadores.

Análise das informações

Os dados das observações e da roda foram sistematizados no diário de campo e as entrevistas foram transcritas. O contexto sócio-histórico da produção das entrevistas foi incorporado às análises,

assim como as informações provenientes das observações e da roda. Por fim, combinaram-se os dados coletados para Triangulação¹³.

As percepções dos trabalhadores foram sistematizadas em três grandes eixos de análise: rural, deficiência e saúde. O eixo rural foi considerado sinônimo da denominação 'campo' em uma perspectiva mais ampla, o qual corrobora com a concepção de ruralidade¹⁶; identificaram-se três categorias relacionadas: contexto sócio-histórico, inserção das políticas públicas e modos de vida. A partir das percepções sobre deficiência, foi composto o modelo analítico por meio da tríade explicativa, com as seguintes categorias: corpo patológico, incapacidade funcional e limitada participação social. Por fim, quanto à saúde, os dados foram organizados como modo de fazer saúde e acesso à saúde.

As normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012 foram observadas. O projeto CAAE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados um Médico, um Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde – dentre os quais, quatro estão lotados no povoado e dois na zona rural –, totalizando dez trabalhadores. A maioria deles mora na “Porta do Mundo” e está envolvida nos processos locais da gestão com seus grupos políticos mais defensores e críticos.

Percepções sobre o rural

A maioria dos trabalhadores teve a experiência de ter morado e/ou trabalhado na saúde da zona rural em algum momento de sua trajetória. Mesmo aqueles que não moram na 'Porta do Mundo', geralmente, frequentam o campo no final de semana com familiares e/ou amigos. O povoado do Distrito está localizado às margens da BR-251, e concentra: os comércios, os serviços e edificações públicas (onde não há plantação de eucalipto). Quanto à zona rural, situa-se distante do povoado, em média, 15 km.

Contexto sócio-histórico

As falas dos trabalhadores revelam o contexto sócio-histórico local da 'Porta do Mundo' e da região norte de MG. Com base na literatura, notou-se que suas histórias de vida podem ser reconhecidas em três ciclos de desenvolvimento. As políticas desenvolvimentistas foram pautadas por critérios de crescimento econômico de natureza produtivista e consumista, com desrespeito à vida humana e dos ecossistemas, bem como da cultura e dos valores dos povos nos territórios onde os investimentos e as cadeias produtivas se realizaram¹⁷. Esse processo provocou a ocupação do território e a consequente retirada da população¹⁸, além da reestruturação do sistema de produção daqueles que viviam na zona rural.

O primeiro ciclo se iniciou nos anos 1970, quando a vegetação nativa das chapadas foi substituída pela monocultura de eucaliptos e pinus, e os territórios foram retirados das pessoas que viviam na zona rural¹⁹, obrigando-as a se tornarem trabalhadores assalariados. O segundo foi impulsionado pela produção de carvão vegetal e pelo processamento da madeira de eucalipto nas serrarias locais. A grande fazenda, situada na região do povoado, passou a atrair pessoas de diversos locais à procura de trabalho a partir da década de 1990. Por fim, o terceiro se deu a partir de 2006, na preparação da 'Porta do Mundo' para a extração do minério de ferro e seu transporte por meio do mineroduto¹⁹. Nesse ciclo, trabalhadores foram atraídos novamente para o povoado. As falas dos trabalhadores da saúde sobre o Distrito e o seu cotidiano e história fazem referências aos três ciclos acima apresentados.

'(O Distrito) é a porta do mundo', afirmou um trabalhador, se referindo ao fato de o local atrair cidadãos locais e de outros lugares, a fim de usufruírem do crescimento econômico ou contribuírem para o desenvolvimento. Ressalta-se que o norte de MG foi tradicionalmente estigmatizado como lugar de pobreza e miséria, tornando-o alvo de políticas desenvolvimentistas em função da necessidade de superação do subdesenvolvimento imputada a essa região¹⁸.

Inserção das políticas públicas no Distrito

Observou-se que os ciclos desenvolvimentistas se correlacionam diretamente com a inserção das políticas públicas na 'Porta do Mundo'. A partir do segundo ciclo, foram implantadas políticas de saúde, educação, previdência e assistência social para atenderem aqueles que migraram para o Distrito, contemplando tanto o povoado, quanto a zona rural. Diante da dificuldade de acesso à educação para quem vive no campo, a estratégia para se chegar à escola no povoado é o transporte escolar. Segundo os trabalhadores, o tempo de deslocamento pode chegar a quatro horas, fazendo, portanto, que o horário de saída e chegada dos escolares em seus domicílios seja diferente entre aqueles que moram no povoado e na zona rural, mesmo que estudem no mesmo turno.

No terceiro ciclo desenvolvimentista na 'Porta do Mundo', houve incremento de políticas para o acesso à energia elétrica e aos serviços de telefonia e comunicação de dados no povoado e no campo. Além disso, banheiros foram construídos nos domicílios da zona rural. O tratamento da água, a coleta de lixo e o calçamento das ruas, entretanto, restringem-se ao povoado. As ruas com calçamento são aquelas próximas à Unidade de Saúde, à escola, ao ginásio poliesportivo, ao campo de futebol e ao Posto Policial. Destaca-se que 'Porta do Mundo' foi reconhecida, em 2013, como Distrito de Grão Mogol.

Os elementos descritos acima, que foram produzidos pelo processo sócio-histórico de construção do Distrito, são fatores ambientais e sociais dificultadores, especialmente para aquelas pessoas que apresentam algum tipo de comprometimento corporal. A lesão somada às barreiras apresentadas produzem as deficiências na população em questão, dificultando cada vez mais os acessos.

Modos de vida no povoado e na zona rural

A UBS da "Porta do Mundo" é identificada pela Secretaria de Saúde como um estabelecimento de saúde da zona rural, em uma concepção tradicional e hegemônica descrita na literatura, como um lugar de atraso, o qual precisa de intervenção para se modernizar¹⁹. O campo legalmente foi definido por oposição e exclusão às áreas consideradas urbanas¹⁶, ou seja, todo espaço de um município que não corresponder às áreas urbanas é considerado como rural.

Identificou-se um paradoxo na concepção de rural na 'Porta do Mundo', uma vez que os trabalhadores da Saúde da Família dividem seu território em sete microáreas, sendo quatro no povoado, com 1.311 habitantes, e três na zona rural, com 691 habitantes. Ressalta-se que os usuários têm frequentemente domicílio em ambas as localidades. Segundo a narrativa dos trabalhadores, é comum usuários saírem da zona rural e se mudarem para o povoado quando necessitam de cuidado intensivo e buscam melhores condições de vida.

A motocicleta é o meio de transporte mais utilizado para se transitar entre o povoado e a zona rural, demonstrando que o modo de viver no campo está em transformação, conforme relato:

"[...] E a maioria, hoje teve um avanço, porque antigamente na roça, antes você falava em roça já se pensava o que? Vaca, cavalo[...] Hoje os cavalos virou moto, em tudo quanto é região, as pessoas não tem mais animal, não tem cavalo nem burro. Eles têm moto.. os rapazinhos vão de charrete pra trabalhar pra comprar uma moto, e vai, trabalha e compra a moto, entende?[...] Modernizou muito a roça, em todos os sentidos [...]". (Entrevistado 8)

As falas dos trabalhadores corroboram com a literatura no que se refere ao reconhecimento do meio rural como o espaço de produção relacionado à atividade agropecuária e artesanal²⁰ como fonte de renda. Nesse sentido, os trabalhadores questionam quem vive no campo e não cultiva horta nem cria animais: "Eu acho muito ruim a pessoa morar na zona rural e não aproveitar a terra" (Entrevistado 5). Eles também reconhecem o campo como lugar de (re)produção social ao falarem dos singulares modos de vida das comunidades da zona rural. Esse reconhecimento da diversidade sociológica do campo corrobora com a concepção de ruralidade¹⁶:

“[...] cada localidade nós temos alguma coisa. Por exemplo, o jeito de falar do pessoal do Lamarão [...] Ele pode chegar aqui e ter cem pessoas lá fora, se ele abrir a boca, você vê que é um Lamarão; porque tem um sotaque diferente, um jeito de falar [...] Já o pessoal do São Francisco, para te cumprimentar ele vai dar uma abaixadinha assim. Eu acho que isso é uma questão cultural de cada comunidade [...]”. (Entrevistado 5)

Ainda, os trabalhadores da Saúde da Família são unânimes ao afirmarem que se vive melhor na ‘Porta do Mundo’ atualmente, e alguns deles destacam as melhorias nos modos de vida no campo – “Tudo que você tem na cidade, você tem na roça agora [...] Então assim, a época das vacas magras já passou” (Entrevistado 8); ainda que reconheçam desafios a serem superados. Entretanto, as melhorias apresentadas pelos profissionais não podem ser pensadas como iguais para todos os habitantes do Distrito. As pessoas com deficiência, conforme veremos, ainda apresentam maior vulnerabilidade e menos acesso aos avanços vividos pelos demais moradores.

Percepções sobre deficiência

Diferentemente dos outros tópicos abordados, o tema deficiência não surgiu espontaneamente nas entrevistas nem nas conversas. Isto revela que essa não é uma questão que faça parte das preocupações cotidianas deles. A deficiência física foi mais frequentemente abordada pelos trabalhadores, mas também houve menção às deficiências auditiva e intelectual, sendo esta última tratada como transtorno mental.

A deficiência é narrada pelos trabalhadores, na perspectiva individual, como infortúnio – “Graças a Deus na minha área nunca teve deficiente...” (Entrevistado 4) –, tragédia pessoal e drama familiar – “[Ser deficiente] pode acabar com a vida...” (Entrevistado 4). Essa forma de pensar corrobora com o modelo biomédico da deficiência⁶, o qual ressalta seu determinismo biológico e é criticado pelo modelo social⁷, o qual destaca o manejo coletivo da deficiência, e, por este motivo, reivindica mudanças nos conceitos e atitudes referentes ao tema.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores da ‘Porta do Mundo’ reconhecem necessidades específicas das pessoas com deficiência, e se organizam para atendê-las, identificando suas vulnerabilidades conforme as diretrizes da Atenção Básica e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência^{1,3}. A partir das percepções dos trabalhadores da ESF, identificou-se o tripé das categorias analíticas (corpo patológico, incapacidade funcional e limitada participação social) que explicam a deficiência na perspectiva dos mesmos.

Fundamentando-se nos saberes biomédicos, as necessidades das pessoas com deficiência são centrais nesse tripé – “Tem um probleminha que precisa ser olhado mais de perto” (Entrevistado 2). Para eles, a pessoa com perda auditiva que faz uso de aparelho de amplificação sonora, por exemplo, não é reconhecida como pessoa com deficiência, pois não apresenta restrição funcional nem na participação social, estando dispensada de intervenções de saúde específicas.

A equipe da Saúde da Família percebe ainda, como noção de deficiência, a existência de problemas sociais que se relacionam com a transgressão dos padrões considerados normais no Distrito, tais como: uso de álcool e outras drogas, desemprego, gravidez na adolescência e pobreza. De acordo com a concepção cultural da deficiência na literatura, a anomalia humana e a experiência de opressão social podem ser determinadas por expectativas sociais e situação econômica de uma sociedade²¹.

Corpo patológico

Observou-se que a deficiência é percebida pelos trabalhadores com estranhamento, dada a visão de anormalidade quanto às diferenças e marcas dos corpos:

“[...] aquela pessoa aérea, e assim parece que não tem discernimento nenhum [...] A forma dele andar ou de se expressar ou conversar [...] Você olha pra pessoa e ela é assim parece ter nada, mas assim na forma como ela conversa com você, você vê que ela tem algum tipo de deficiência pela fala, forma, gesto [...]”. (Entrevistado 6)

Ainda, para os entrevistados, deficiência e diagnóstico patológico estão intrinsecamente relacionados: “[A pessoa estava] sem patologia nenhuma além da deficiência auditiva” (Entrevistado 1). As falas dos trabalhadores apontam para a importância das ações curativas e de reabilitação para esses corpos desviantes no âmbito da atenção à saúde. Segundo o modelo biomédico da deficiência⁶, tais ações são prioritárias para reverter ou atenuar os sinais da anormalidade.

Incapacidade funcional

Para os trabalhadores da Saúde da Família, a incapacidade funcional se relaciona diretamente com a dependência parcial ou total do corpo patológico nas atividades cotidianas: “Não daquela deficiência que a pessoa é inoperante que a pessoa não pode fazer nada, mas tem uma coisa diferente” (Entrevistado 2). Eles afirmam que essa dependência do corpo patológico no desempenho funcional se dá em função de desvantagens biológicas: “[...] É pessoa que não consegue desenvolver suas atividades de vida diária ou de vida diária instrumental sozinha, não tem independência para isso, por alguma limitação física ou mental [...]”. (Entrevistado 1)

Esse relato corrobora com o modelo biomédico no qual a deficiência é determinada como consequência do corpo com impedimento⁶. O modelo social da deficiência inova na concepção de que a deficiência é produto da opressão social, explicitando-se a relação de desigualdade imposta por ambientes com barreiras sociais a corpos com impedimentos. Nessa perspectiva, nem todo corpo com impedimento vivencia a opressão pela deficiência⁷.

Limitada participação social

Os trabalhadores da Saúde da Família associam deficiência aos ‘acamados’ que, não necessariamente, estão limitados ao leito, podendo estar restritos ao domicílio e ao convívio com a família. A pessoa com deficiência, geralmente, não frequenta a escola nem trabalha fora, ainda que desenvolva habitualmente atividades domésticas. No modelo biomédico da deficiência, restringe-se o corpo com impedimentos à intimidade da esfera privada da vida, e o seu confinamento se justifica pela desvantagem natural⁶.

Enquanto o afastamento do convívio social é naturalizado pelos trabalhadores, o isolamento social, acompanhado de denúncia de falta, omissão ou abuso dos pais ou do responsável, gera incômodo, mobilizando a equipe a intervir com o Conselho Tutelar no atendimento às pessoas em situação de risco psicossocial, para defender seus direitos fundamentais. No modelo biomédico da deficiência, o isolamento social e a institucionalização são explicados pelo fracasso da intervenção terapêutica no corpo patológico⁶.

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a deficiência é definida expressamente como restrição de participação, sendo produto da interação dos impedimentos corporais com um ambiente com barreiras à diversidade corporal⁶. Nessa perspectiva, a sociedade deve reduzir as desvantagens das pessoas com deficiência por meio de políticas sociais que promovam a igualdade de participação.

Percepções sobre a saúde

A Atenção Básica se fundamenta no princípio da resolutividade, identificando as necessidades de saúde, articulando tecnologias de cuidado nas intervenções setoriais e intersetoriais¹⁻³. Mesmo assim, os trabalhadores da Saúde da Família na ‘Porta do Mundo’ assumem que têm dificuldades em lidar com situações relacionadas às pessoas com deficiência. O desenvolvimento de ações intersetoriais é um desafio, ainda que reconheçam a importância da participação de outros setores. Os entrevistados avaliam como exitosa a intervenção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a qual foi interrompida devido a dificuldades no transporte da sede à Unidade de Saúde, fazendo com que os trabalhadores da Saúde da Família reivindicassem a ampliação da equipe.

Modo de fazer saúde

Na 'Porta do Mundo', os principais focos de atenção estão no âmbito da saúde da criança e da mulher e no atendimento às condições crônicas – hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e saúde mental. A deficiência, portanto, não é prioridade entre as ações desenvolvidas pelos trabalhadores. Historicamente, a saúde da pessoa com deficiência foi negligenciada pelo poder público, deixando, à sociedade civil, tal responsabilidade.

Corroborando com as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência¹, os trabalhadores da Saúde da Família desenvolvem ações para identificação precoce das deficiências ao acompanharem o crescimento e desenvolvimento infantil – “Eu pego uma criança de seis meses e ela não senta. Aí eu tenho que observar uma criança de seis meses que não senta, se ela tem algum tipo de deficiência” (Entrevistado 6).

Os trabalhadores da 'Porta do Mundo' desenvolvem, há mais de dez anos, atividades para garantir o cuidado integral das pessoas com deficiência, ofertando assistência com equipe multidisciplinar, e articulando os serviços de saúde para atender as necessidades dos usuários nas condições e tempo adequados. Essa prática corrobora com os princípios da Atenção Básica, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da Política de Saúde para as Populações do Campo¹⁻³, conforme o relato:

“[...] A menininha nasceu com síndrome de down, quando ela chegou do hospital, eu fui visitar [...] quando eu cheguei lá na casa dela, eu olhei, e observei, ela estava mamando tão devagarinho, assim, eu olhei as características dela, o choro dela, um choro bem fraquinho sabe, aí eu voltei, orientei ela direitinho, falei com ela que ela tinha que ter cuidado para dar de mamar, que ela era pequenininha e tal. Eu falei com a médica: óh, Dra. Eu quero que você vá comigo ver/ fazer visita fulana de tal porque eu fui ver a nenenzinha dela. Eu acho que essa nenenzinha dela tá com problema. Aí ela foi [...] Aí na hora a médica chamou ela, conversou com ela: sua filha tem um problema, mas tem tratamento. Vou te encaminhar para um médico, vai dar tudo certo. Encaminhou ela para Grão Mogol, para o cardiologista. Foi para Belo Horizonte, fez a cirurgia e hoje ela tá com 13 anos [...]”. (Entrevistado 8)

Além da dimensão técnica das ações desenvolvidas pelos trabalhadores, faz-se muito presente a dimensão da caridade. Eles relatam que estão de prontidão para 'ajudar' a quem necessita, estabelecendo relações de solidariedade e reciprocidade entre trabalhadores e usuários, as quais são produzidas pelo sentimento de aliança²². Por se reconhecerem como responsáveis pelos usuários, os trabalhadores se preocupam com o outro e se ocupam em atendê-los a qualquer momento, disponibilizando-se pelo telefone particular ou pessoalmente, inclusive fora do horário de trabalho. Essa atitude acolhedora se processa na esfera da intimidade, uma vez que os usuários são seus familiares, amigos ou vizinhos.

A não correspondência, no entanto, pode destruir tais alianças, enfraquecendo suas relações e provocando desavenças entre trabalhadores e usuários. A relação de desconfiança é exemplificada, pelos trabalhadores, nas situações em que os usuários se recusam a receber o Agente Comunitário de Saúde no domicílio. Assim, o ciclo da dádiva e contradádiva pode ser rompido quando há recusa em dar, em receber ou em retribuir a ajuda, podendo causar conflitos²². Nessas situações em que há troca de agressividades, os usuários demonstram sua insatisfação quando seus problemas não são resolvidos, desconfiando da conduta e responsabilizando os trabalhadores, além de se queixarem com colegas ou superiores. Por outro lado, os trabalhadores se apropriam do discurso normativo administrativo e biomédico para se imporem, desconsiderando os aspectos socioculturais dos usuários.

Acesso à saúde

As falas dos trabalhadores revelam singularidades referentes à vida no povoado e na zona rural, assim como das pessoas com ou sem deficiência, revelando as condições de vulnerabilidade na vida

social que são influenciadas pelos aspectos sócio-históricos, e que podem determinar as condições de vida e saúde do sujeito.

Tendo como base a literatura disponível, o acesso à saúde pode ser discutido em duas dimensões de acessibilidade: a geográfica e a sócio-organizacional²³. A geográfica é uma dimensão determinante para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo facilitar ou dificultar o acesso das pessoas. As barreiras geográficas são citadas por todos os trabalhadores na 'Porta do Mundo', sendo que a literatura discute sobre a inadequação do transporte e a longa distância a ser percorrida na zona rural¹⁰.

O fator ambiental facilitador do acesso ao povoado é a proximidade entre o domicílio e a Unidade de Saúde, fazendo com que as pessoas sem deficiência e os trabalhadores desloquem-se nesse trajeto, na maioria das vezes, caminhando. Apesar da proximidade, geralmente, as pessoas com deficiência necessitam de transporte sanitário ou particular. Ressalta-se que, no povoado, é mais fácil conseguir transporte sanitário devido à organização do sistema logístico, não havendo, no entanto, transporte sanitário adaptado para pessoas com deficiência.

Na zona rural, os trabalhadores da Saúde da Família abordam duas barreiras geográficas: barreira física – irregularidade no solo, aclive e declive na topografia – e distância entre o domicílio e a Unidade de Saúde. Em geral, as pessoas com ou sem deficiência e os trabalhadores não se deslocam a pé neste trajeto. As pessoas sem deficiência que vivem no campo são usualmente atendidas pelo transporte escolar que faz o percurso zona rural-povoado. Reiteram-se as limitações do transporte escolar no que se refere ao longo tempo de deslocamento. Além disso, essa estratégia resolve parcialmente o problema, porque, em alguns casos, os motoristas se recusam a realizar o transporte. Os ônibus são disponibilizados conforme o calendário escolar, e as pessoas necessitam se locomover até a parada de ônibus. Observa-se, portanto, maior dificuldade de acesso ao transporte escolar, variando de acordo com a região da zona rural.

Vale ressaltar que as narrativas dos trabalhadores revelaram as fragilidades individuais e precariedades do acesso ao serviço de saúde da pessoa do campo com deficiência que necessita de transporte sanitário ou particular. Essa população sofre a desigualdade de modo único e qualitativamente diversa daquela vivida pela população da zona urbana com deficiência ou pela população do campo sem deficiência. Ressalta-se, ainda, que cada pessoa ou grupo populacional experimenta distintas opressões e privilégios, sendo impossível analisar a dupla desvantagem a partir de uma mera soma das vulnerabilidades. Nesse sentido, deve-se aprofundar na compreensão das relações de poder e dinâmicas discriminatórias, revelando a realidade social na perspectiva da interseccionalidade.

Em relação à acessibilidade sócio-organizacional, priorizou-se o atendimento da zona rural no turno vespertino, podendo ser atendidos de manhã em caso de urgência. Além disso, para diminuir a desigualdade de acesso entre as pessoas do povoado e da zona rural, aqueles que vivem no campo podem agendar atendimento por telefone, evitando, assim, que se desloquem até a Unidade de Saúde.

Os trabalhadores organizam o atendimento para que sejam atendidos, primeiramente, aqueles que vivem no campo, uma vez que o transporte escolar tem horário fixo. Em alguns casos, entretanto, as pessoas retornam sem atendimento porque o médico não as atendeu. Os trabalhadores na 'Porta do Mundo' não citam a prioridade de atendimento para pessoas com deficiência apesar de normativa vigente sobre o tema²⁴.

Os trabalhadores da Saúde da Família relataram que o número de vagas para consultas e exames especializados é insuficiente, resultando no longo tempo de espera. Diante disso, os usuários têm recorrido aos prestadores privados que operam valores inferiores ao atendimento particular, violando-se o direito à saúde gratuita²⁵ e podendo gerar barreira de acesso em função da exigência de pagamento pelo usuário²³.

O Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em MG propõe o desenho dessa rede temática sem aprofundar no diagnóstico da capacidade instalada na Atenção Básica, bem como sem explicitar suas atribuições como coordenadora do cuidado, ignorando, ainda, o fato de a

pessoa viver na zona rural ou não²⁶. Grão Mogol não será contemplado com Centro Especializado em Reabilitação, porque foi pactuado, na sua macrorregião de saúde, entre os Secretários de Saúde, que seriam implantados cinco serviços de reabilitação, os quais estão em funcionamento. Ainda assim, os trabalhadores da Saúde da Família relatam dificuldade de acesso à reabilitação das pessoas com deficiência.

Considerações finais

Na 'Porta do Mundo', as políticas desenvolvimentistas e a inserção das políticas públicas se correlacionam diretamente com a transformação do modo de vida na zona rural. Apesar das melhorias especialmente no povoado, há necessidade de se qualificarem as ações implantadas e levar em consideração o recorte da deficiência, visto que foi percebido que ainda existem barreiras vivenciadas por esta população. Além disso, é necessário ampliar efetivamente as políticas públicas para a zona rural, dentre elas, aquelas destinadas ao saneamento básico.

A dupla vulnerabilidade da pessoa do campo com deficiência não é abordada expressamente em documentos oficiais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou Política de Saúde para as Populações do Campo, nem discutida na literatura nacional. Pesquisas devem ser desenvolvidas para revelar a interação entre essas duas formas de desvantagens, as quais geram opressão conjuntamente, coexistindo e reforçando-se mutuamente na produção das desigualdades sociais. Essa interpretação da realidade visa subsidiar o enfrentamento e superação das barreiras de acesso à saúde das pessoas com deficiência do campo.

O desenho da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve ser revisto, uma vez que os resultados dessa pesquisa evidenciaram as barreiras de acesso à saúde das pessoas com deficiência do campo na 'Porta do Mundo'. Essa repactuação do Plano de Ação deve ser conduzida de forma ascendente, do nível local para o Estadual, discutindo-se a operacionalização da rede baseada no modelo social da deficiência e na coordenação do cuidado pela Atenção Básica. O desafio é implantar políticas de saúde que garantam os princípios do Sistema Único de Saúde, considerando contextos específicos e experiências distintas na perspectiva da interseccionalidade.

Colaboradores

Bárbara Lyrio Ursine participou ativamente de todas as etapas de elaboração do artigo. Éverton Luís Pereira participou ativamente da preparação da coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados, revisão e da aprovação da versão final do artigo. Fernando Ferreira Carneiro participou da preparação da coleta de dados, discussão dos resultados, revisão e da aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. 25 Abr 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 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. 24 Out 2012.

4. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Souza GW, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Junior M, Carvalho, YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 375-417.
5. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Rev Cronos*. 2010; 2(11):163-73.
6. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
7. Barnes C, Oliver M. Disability: a sociological phenomenon ignored by sociologists. In: Shakespeare T, organizador. *The disability reader: social science perspectives*. London: Continuum; 1993. p. 65-78.
8. Casa Civil (BR). Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*. 26 Ago 2009.
9. Oliver M. Changing the social relations of research production? *Disabil Soc*. 1992; 2(7):101-14.
10. Lishner DM, Richardson M, Levine P, Patrick D. Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: a summary of the literature. *J Rural Health*. 1996; 12(1):45-53.
11. Iezzoni LI, Killeen MB, O'day BL. Rural residents with disabilities confront substantial barriers to obtaining primary care. *Health Serv Res*. 2006; 41(4):1258-75.
12. Francisco V, Ravesloot C. Overview of rural health. Independent living and community participation [Internet]. 2012 [citado 15 Out 2015]; 40. Disponível em: http://scholarworks.umt.edu/ruralinst_independent_living_community_participation/40.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. Grão Mogol. 2010 [citado 18 Jul 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312780&search=minas-gerais|grao-mogol>.
15. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
16. Bezerra ML, Bacelar T, Miranda C, Silva H. Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA; 2013.
17. Porto MF, Milanez B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(6):1983-94.
18. Mata Machado BN. História do sertão noroeste de Minas Gerais (1690-1930). Belo Horizonte: Imprensa Oficial; 1991.
19. Fonseca GL. Mineração no norte de Minas: Gerais e Geraizeiros ameaçados em função do projeto Vale do Rio Pardo na microrregião de Grão Mogol – MG [dissertação]. Montes Claros (MG): Universidade de Montes Claros; 2014.
20. Medeiros LS, Quintans MTD, Zimmermann SA. Rural e urbano no Brasil: marcos legais e estratégias políticas. *Contemporânea (São Carlos)*. 2014; 1(4):117-42.
21. Shuttleworth R, Kasnitz D. The cultural context of disability. In: Albrecht GL, organizador. *Encyclopedia of disability*. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 78-107.
22. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP; 1974. p. 37-184.

23. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
24. Casa Civil (BR). Lei nº 13.146, de 06 de Julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 07 Jul 2015.
25. 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. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
26. Deliberação CIB-SUS-MG nº 1545, de 21 de agosto de 2013. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais. 22 Ago 2013.

Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. Salud de la persona discapitada que vive en el campo: ¿qué dicen los trabajadores de la Atención Básica?. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):109-20.

El objetivo de este estudio fue analizar las percepciones de los trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia sobre la salud de la persona con deficiencia que vive en el campo. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo con diseño de cuño etno-metodológico. Se realizó una observación participativa y círculo de debates, con registro en diario de campo y entrevistas semi-estructuradas en una Unidad Básica de Salud de Grão Mogol, Estado de Minas Gerais. En el análisis se combinaron los datos colectados para triangulación. Los resultados mostraron que las políticas desarrollistas y la inserción de las políticas públicas inciden sobre la salud de las poblaciones del campo. La discapacidad está anclada en el modelo biomédico y la dimensión de la caridad se subraya en las acciones de salud. El diseño de la Red de Cuidados a la Persona con Discapacidad debe ser objeto de un nuevo pacto con la finalidad de enfrentar las barreras de acceso a la salud.

Palabras clave: Personas con discapacidad. Salud de la población rural. Atención primaria a la salud. Acceso a los servicios de salud. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 11/07/16. Aprovado em 13/02/17.

Pesquisa Apreciativa:

características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil

Cristiane Trivisio Arnemann^(a)Denise Gastaldo^(b)Maria Henriqueta Luce Kruse^(c)

Arnemann CT, Gastaldo D, Kruse MHL. Appreciative Inquiry: characteristics, utilization and possibilities for the field of Health in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):121-31.

In this paper we present and discuss the characteristics of Appreciative Inquiry as a research methodology, utilizing an example from an integrated multi-professional residency program in Health in Brazil. Appreciative Inquiry is a methodology used to identify the best practices developed and utilized by people who work in the same institution. This methodology allows the participation and engagement of Health professionals in studies related to their area of work, potentially able to be used in several areas. In addition, Appreciative Inquiry promotes critical and reflexive debates among participants, establishing a space for the production of change. The Health professionals involved in our study considered relevant the goal of encouraging people to adopt a positive, constructive, and dialogical approach to propose institutional changes.

Keywords: Appreciative Inquiry. Qualitative research. Method. Methodology. Residency program.

Nosso artigo apresenta e discute as características da Pesquisa Apreciativa como metodologia de pesquisa, utilizando um exemplo de uma residência multiprofissional integrada em Saúde no Brasil. A Pesquisa Apreciativa, conhecida em inglês como Appreciative Inquiry, é uma metodologia usada para identificar as melhores práticas desenvolvidas e empregadas pelas pessoas que trabalham em uma instituição. Essa metodologia permite a participação e o engajamento de profissionais da área da Saúde em pesquisas relacionadas à sua área de atuação, com potencial para ser aplicada em múltiplas áreas. Além disso, a Pesquisa Apreciativa incentiva debates reflexivos e críticos por parte dos participantes, estabelecendo um espaço de discussão para que mudanças ocorram. Os profissionais da Saúde que participaram desse trabalho consideram pertinente a finalidade de encorajar as pessoas a adotarem uma abordagem positiva, construtiva e dialógica para propor mudanças institucionais.

Palavras-chave: Pesquisa Apreciativa. Pesquisa qualitativa. Métodos. Metodologia. Prática profissional.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua São Manoel, 963, sala 205, Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110. cris.trivisio@gmail.com

^(b) Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto. Toronto, Canadá. denise.gastaldo@utoronto.ca

^(c) UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. kruse@uol.com.br

Introdução

A Pesquisa Apreciativa, também chamada de Investigação Apreciativa por alguns autores, é uma metodologia da mesma família da Pesquisa Ação e da Pesquisa Participativa. Tais metodologias são utilizadas para entender como o conhecimento construído participativamente pode oferecer informações para realizar uma transformação social¹. Os pesquisadores que utilizam tais metodologias afirmam que elas são um meio de facilitar o processo reflexivo e permitem obter novos insights a partir da experiência prática dos participantes, desejam compartilhar seu saber e melhorar uma situação de interesse para o grupo²⁻⁴.

Conhecida na língua inglesa como *Appreciative Inquiry*, a Pesquisa Apreciativa foi desenvolvida na tese de David Cooperrider, apresentada em 1986, no Departamento de Comportamento Organizacional da Case Western Reserve University, em Cleveland, EUA. A Pesquisa Apreciativa baseia-se em teorias de investigação-ação, mudança organizacional e inovação, utilizando uma perspectiva construcionista social orientada pelo respeito e diálogo para apreciar o que há de melhor em uma instituição^{5,6}.

Assim, a Pesquisa Apreciativa é relevante e original porque privilegia a identificação das melhores práticas desenvolvidas e empregadas pelas pessoas que trabalham em uma instituição, onde essas práticas de sucesso são analisadas tendo em vista a sua difusão. Os problemas identificados são reformulados para serem compreendidos como oportunidades e fontes de informação e inspiração para disseminar e aplicar as melhores práticas⁷.

Em outros países, como o Canadá e a Austrália, a Pesquisa Apreciativa já é utilizada em pesquisas na área da Saúde, sobretudo, na Enfermagem⁸⁻¹⁰. No Brasil, esta metodologia ainda está vinculada às áreas da administração e gestão de pessoas, havendo apenas um estudo teórico, na área da Psicologia, abordando os conceitos centrais, fases, e aplicações da Investigação Apreciativa¹¹; outro estudo, na área da Saúde Mental, sobre a implementação de um consultório de rua, o qual menciona que as entrevistas realizadas na pesquisa tiveram inspiração na Pesquisa Apreciativa¹²; e, por último, um estudo teórico que trata da Investigação Apreciativa como uma tecnologia para a pesquisa construcionista na Saúde Coletiva¹³.

Consideramos pertinente que a Pesquisa Apreciativa seja empregada em outras áreas do saber, especialmente na área da Saúde no Brasil, uma vez que essa metodologia valoriza as experiências positivas que membros de um grupo social com uma prática compartilhada têm a oferecer para outros que desenvolvem atividades semelhantes e para melhorar as instituições. A referida metodologia é dialógica e baseada nas capacidades dos participantes, pois valoriza as experiências positivas dos mesmos para construir mudanças nos processos institucionais aos quais estão vinculados¹⁴.

Diante do que foi apresentado, o objetivo deste artigo é introduzir e discutir as características da Pesquisa Apreciativa como método de pesquisa, utilizando um exemplo em uma residência multiprofissional integrada em Saúde realizada no Brasil.

Pesquisa Apreciativa: origens e utilização

Em sua tese, Cooperrider⁵ coletou dados relativos à características de sucesso e fracasso de líderes médicos de uma determinada instituição nos Estados Unidos. A partir dessa coleta, ele focou-se na exploração dos dados positivos das características desses médicos, pois percebeu que tais dados revelaram como os líderes médicos trabalham mais efetivamente nas suas atividades. Com a participação da orientadora de seu estudo, Dra. Suresh Srivastva, Cooperrider⁵ avaliou o sucesso da metodologia que empregou, e, posteriormente, nomeou-a como *Appreciative Inquiry*, dada a sua característica principal de apontar elementos positivos e facilitar as mudanças organizacionais nos locais em que é empregada^{15,16}.

De acordo com Cooperrider¹⁵, a partir do diálogo entre os participantes, pode-se mudar e melhorar as práticas de rotina, evidenciando os exemplos positivos relacionados: à atuação profissional, as atitudes individuais ou, ainda, trabalho em grupo em prol da instituição à qual os participantes estão vinculados. Assim, essa metodologia utiliza as capacidades dos participantes e

os processos organizacionais da instituição para propor inovação, fazendo com que as pessoas se sintam coparticipantes dos processos de mudança institucional^{5,15}. Esta mudança de significados e comportamentos nos grupos de trabalho deve-se à produção coletiva das opções e dos caminhos para melhoria nos processos e serviços executados¹⁵.

Neste tipo de pesquisa, trabalhar em conjunto e criar ações coletivas dentro da equipe são considerados componentes importantes para iniciar a mudança^{10,15,16}. O destaque dessa intervenção é que cada grupo de trabalho deve encontrar um aspecto positivo que pode ser utilizado para promover mudanças não apenas para os participantes da pesquisa, mas, também, para as pessoas com as quais interagem na instituição. O foco desta metodologia é identificar as capacidades que podem ser aperfeiçoadas e exploradas utilizando os exemplos positivos das experiências dos participantes, o que difere das abordagens participativas tradicionais baseadas na identificação de problemas a serem solucionados, como, por exemplo, na Pesquisa-ação. A Pesquisa Apreciativa transforma o enfoque, de modo que os pontos fortes descobertos pelos participantes são reconhecidos e apreciados para que mudanças possam ser realizadas¹⁷.

A Pesquisa Apreciativa é um novo método de pesquisa social que recentemente se destaca nos estudos relacionados aos cuidados da saúde^{8,9}. A maioria dos estudos ainda está atrelada à prática clínica da Enfermagem, sendo esta metodologia pouco utilizada nas áreas de Saúde Pública e promoção da saúde¹⁸. A realização de pesquisas que utilizam tal metodologia tem aumentando significativamente na área da Enfermagem^{19,20}, e vem sendo utilizada internacionalmente na área da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Exemplos de publicações de pesquisas na área da Enfermagem que utilizaram a Pesquisa Apreciativa.

Artigos	Referência	Utilização da Pesquisa Apreciativa
1	Havens DS ¹⁹	Melhorar a comunicação e a colaboração entre enfermeiros e outros profissionais de saúde
2	Ruhe MC ²¹	Melhorar a qualidade das práticas de cuidados na atenção primária
3	Scerri A ²²	Aumentar a qualidade do trabalho das enfermeiras hospitalares com os cuidados de pacientes com demência
4	Jongudomkarn D ²³	Desenvolver um modelo de enfermagem para a prevenção do câncer e outras doenças não transmissíveis
5	Falk KJ ²⁴	Utilizar a investigação apreciativa com enfermeiras que trabalham com crianças de pais encarcerados
6	Trajkovski S ¹⁰	Relatar a experiência de enfermeiras neonatais e pais que trabalharam de forma colaborativa para aumentar a família cuidado centrado (FCC) na unidade neonatal
7	Baker A ²⁵	Desenvolver uma rede clínica para doenças hepáticas infantis
8	Lazic J ²⁶	Explorar e desenvolver as relações de trabalho em um serviço de oncologia pediátrica
9	Yoon MN ¹⁷	Promover cuidados de enfermagem em vias orais do paciente
10	Shendell-Falik N ²⁷	Melhorar a segurança do paciente por meio de melhores processos de "handoff" (transferir o paciente de um profissional ao outro ou de um hospital ao centro de saúde) paciente.
11	Lind C ¹⁹	Obter dados preliminares sobre a aceitabilidade de investigação apreciativa (AI) no desenvolvimento de pessoal na área da saúde
12	Bonham E ²⁸	Analisar entrevistas de jovens residentes num centro de detenção juvenil
13	Knibbs K ²⁹	Gerar recomendações de políticas para a construção de capacidade de enfermagem em saúde pública

Fases da metodologia

A Pesquisa Apreciativa tem quatro fases que constituem o 'ciclo 4D', denominado assim porque deriva das respectivas fases na língua inglesa: *Discovery*, *Dream*, *Design* e *Destiny*. Essas fases foram traduzidas para o português como: Descoberta, Sonho, Planejamento e Destino (DSPD; Figura 1).

Cada fase pode requerer várias reuniões entre os participantes da pesquisa, e os estudos que utilizam esta metodologia podem variar de meses a um ano^{9,10}.

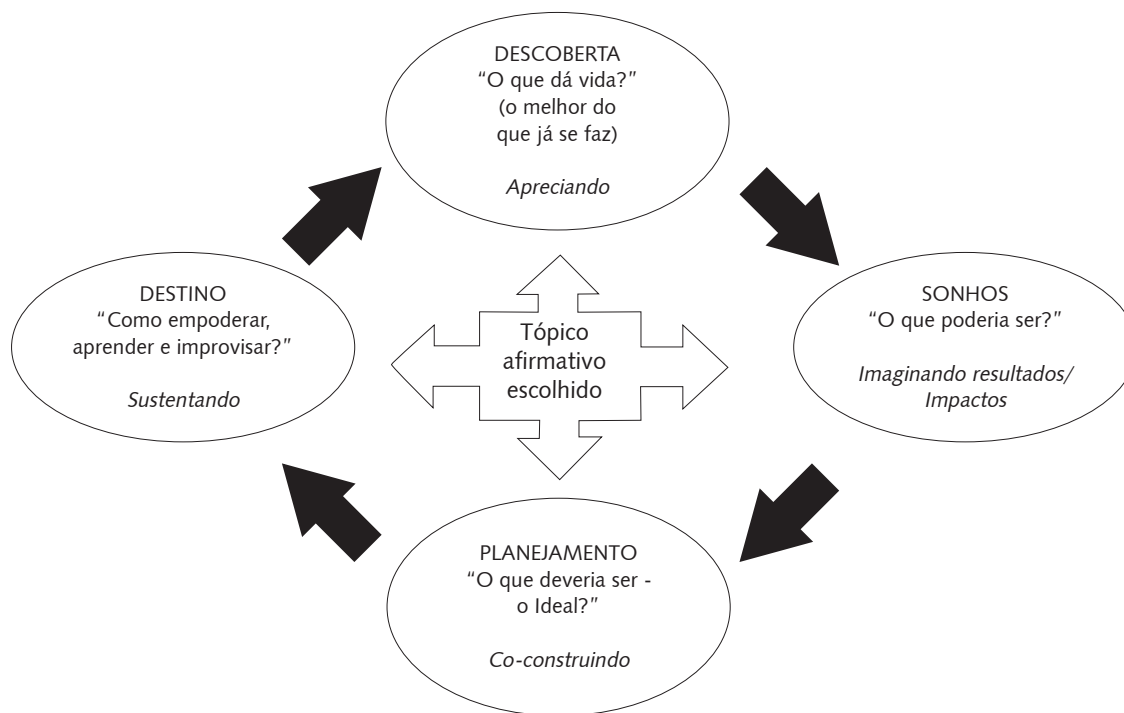


Figura 1. Exemplo da aplicação da metodologia

Nós utilizamos a Pesquisa Apreciativa para conhecermos quais são as melhores práticas que os preceptores desenvolvem, em termos de Educação Permanente em Saúde, em uma residência multiprofissional; como as implementam juntamente com os outros profissionais da residência multiprofissional, e como estas habilidades/capacidades são articuladas em um espaço de formação como a residência multiprofissional.

Em nosso estudo, foram realizadas seis reuniões de, aproximadamente, duas horas cada uma, onde foram construídos roteiros para cada uma das quatro fases do ciclo DSPD, cujos objetivos e fases são resumidos no Quadro 2.

Inicialmente, a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos que concordaram em participar da pesquisa. Logo após, realizou uma breve apresentação sobre como a Educação Permanente em Saúde se articula em um espaço de formação como o da residência multiprofissional em Saúde. Finalmente, foram definidos as normas e o funcionamento do grupo.

Cada reunião tinha objetivos específicos detalhados pela pesquisadora ao longo das fases da pesquisa (Quadro 2). A primeira reunião foi para a apresentação e recepção dos participantes. Os participantes da pesquisa se apresentaram e destacaram sua trajetória profissional.

Quadro 2. Encontro, fase do Ciclo DSPD e objetivo do encontro.

Reunião	Fase	Objetivo
1	-	Recepção e apresentação da metodologia Entrega da primeira tarefa reflexiva ¹ (Carta)
2	Descoberta	Apresentação da tarefa reflexiva e definição do tópico afirmativo Entrega da segunda tarefa reflexiva (Registro das melhores práticas)
3	Descoberta	Apresentação da tarefa reflexiva Insights, experiências positivas e melhores estratégias Entrega da terceira tarefa reflexiva (Construindo os sonhos)
4	Sonho	Apresentação da terceira tarefa reflexiva Imaginar a incorporação das estratégias Entrega da quarta tarefa reflexiva (Revisão de literatura)
5	Planejamento	Apresentação da quarta tarefa reflexiva Construção das proposições provocativas Resumo das melhores estratégias a serem implementadas
6	Destino	Cronograma e plano de ação para implementar as estratégias definidas na RIMS

¹ Tarefa Reflexiva - atividade delegada para os participantes realizarem após a reunião, com apresentação do resultado no encontro posterior.

Na primeira reunião, a pesquisadora apresentou e disponibilizou, aos preceptores, o estudo descrito por Souza¹¹, destacando os pontos similares e diferentes da nossa proposta. Os participantes da pesquisa foram estimulados a aprofundarem seu conhecimento sobre a metodologia fazendo a leitura do texto, após o encontro. Ainda nessa reunião, a pesquisadora apresentou, aos participantes do estudo, as tarefas reflexivas. Nomeamos 'tarefas reflexivas' as atividades que os participantes realizavam anteriormente a cada reunião.

As tarefas reflexivas são atividades realizadas para possibilitar a reflexão acerca do objeto do estudo, funcionando como estratégia para preparar as reuniões do grupo. Essas atividades foram construídas pelas autoras, utilizando outros estudos de Pesquisa Apreciativa como modelo, e estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Nome e questões orientadoras das tarefas reflexivas exploradas no ciclo DSPD.

Tarefa Reflexiva	Nome	Questões orientadoras
1	Carta	Descreva como foi realizar esta atividade? Quanto tempo levou? Como você se sentiu? Do que você mais se orgulhou? Quais a opinião (aspectos positivos) dos seus colegas sobre seu trabalho?
2	Registro das melhores práticas	Identifique duas práticas descritas que podem ser adotadas por todo o grupo e justifique o porquê da decisão.
3	Construindo os sonhos	Descreva um sonho para a residência multiprofissional. Ou seja, se esta prática educativa ainda não acontece na RIMS, como e de que forma ela poderia acontecer?
4	Revisão de literatura	Analise um artigo sobre a RIMS com experiências sobre atividades de ensino (papel do preceptor) e atividades de EPS

Na primeira tarefa reflexiva, a qual antecedeu a fase da 'Descoberta', solicitamos que os participantes escrevessem uma carta – endereçada a algum colega, à coordenação de uma instituição ou para às pesquisadoras do estudo – sobre a trajetória profissional do preceptor, descrevendo uma atividade positiva realizada como preceptor na residência multiprofissional. Essa tarefa reflexiva foi considerada significativa pelos participantes, pois ressaltou elementos positivos em suas experiências enquanto preceptores. Além disso, destacaram que o exercício da escrita favoreceu um momento reflexivo raramente oportunizado no cotidiano de trabalho.

A segunda e a terceira reuniões contemplaram a fase 'Descoberta', a primeira fase do ciclo DSPD. Essa fase pode ser iniciada com o diálogo, para encorajar os participantes da pesquisa a compartilharem experiências a fim de descobrirem ou redescobrirem os seus pontos fortes, ativos ou onde tiveram suas maiores conquistas⁹. É importante que se utilizem perguntas e ferramentas reflexivas que incentivem os participantes a lembrarem e contarem histórias sobre as suas experiências e a recordarem momentos em que tenham experimentado sucessos⁹.

A fase da Descoberta envolve, ainda, o descobrimento das melhores práticas dos participantes por meio da apreciação do que 'dá vida e energia' aos indivíduos, ao seu trabalho e à organização¹⁵. O compartilhamento de histórias positivas, a partir das experiências dos participantes, é uma estratégia eficaz para a produção de dados qualitativos significativos, conforme descrito por Carter⁷, Reed⁶, Yoon¹⁷. Nessa etapa, entrevistas feitas pela pesquisadora com os participantes, ou discussões em grupo, são as dinâmicas mais utilizadas⁹. No nosso estudo, tal fase foi realizada em duas reuniões. Nela os participantes identificaram e apreciaram experiências positivas que haviam realizado na residência multiprofissional enquanto preceptores. O primeiro objetivo da reunião dessa fase foi a apresentação da carta, por cada um dos participantes. Tal momento serviu para impulsionar o processo de descobrimento das melhores práticas dos preceptores e compartilhar com o grupo.

Após a apresentação da carta, o Tópico Afirmativo foi utilizado para guiar uma discussão em grupo⁹. O Tópico Afirmativo nessa reunião era: 'a residência multiprofissional é um espaço que possibilita a realização de práticas de Educação Permanente em Saúde', e, a partir desta afirmação, perguntou-se ao grupo: 'Quais as suas melhores práticas? Quais são as melhores práticas que esse grupo desenvolve? O que dá vida e energia no trabalho da residência multiprofissional? O que vocês consideram que esteja funcionando na residência multiprofissional?'

O objetivo da terceira reunião (a segunda da fase 'Descoberta') foi destacar e relacionar as melhores práticas apreciadas na reunião anterior. Para isso, os preceptores selecionaram e justificaram a sua decisão para o grupo. É importante salientar que as melhores práticas educativas foram escolhidas com base nos critérios de exequibilidade e abrangência dessas práticas, para que pudessem ser disseminadas por toda a RIMS. O consenso dos participantes foi construído pela relevância local e aplicabilidade para outras residências do Brasil.

Como tarefa reflexiva preparatória para a fase do 'Sonho', foi organizada a seguinte tarefa: 'escrever um sonho relacionado às práticas de ensino na residência multiprofissional e pensar em uma prática que ainda não acontece na residência multiprofissional em saúde'. Esta tarefa foi relatada pelos participantes como a mais significativa no processo, pois eles puderam pensar e trazer para a reunião os desejos que gostariam que se concretizassem.

A quarta reunião referiu-se à fase dos 'Sonhos'. Essa fase se configura quando as descobertas referentes às melhores práticas foram organizadas, especialmente quanto ao modo de implementar no futuro. A fase dos 'Sonhos' oferece, aos participantes, a oportunidade de explorarem coletivamente suas esperanças e desejos para o futuro da sua equipe ou organização⁹. Os participantes da pesquisa podem ser convidados a criar imagens positivas e atraentes da sua atuação profissional no futuro. Perguntas geradoras, conhecidas como 'questões milagrosas', são frequentemente utilizadas na Pesquisa Apreciativa, sendo os participantes convidados a visualizar ou imaginarem como seria possível operacionalizar a proposta^{20,27,30,31}.

Nesta pesquisa, a fase dos 'Sonhos' teve como objetivo imaginar a incorporação das práticas no cenário de atuação dos preceptores e, a partir disso, descrever as possíveis táticas que poderiam ser implementadas futuramente na residência multiprofissional. Neste momento, os preceptores foram convidados a imaginarem como poderia ser o futuro de sua atuação em uma residência multiprofissional com base no desenvolvimento de descrições. Porém, antes disso, cada participante apresentou uma síntese do seu sonho, de modo a compartilhar com o grupo suas ideias. Depois da apresentação dos sonhos, os preceptores realizaram um grupo de discussão sobre as questões que expressam as melhores formas possíveis de trabalhar as práticas de Educação Permanente em Saúde: 'Imagine se o que vocês consideram como melhores práticas se tornassem realidade institucional. Como elas acontecem? Qual seria a melhor forma de propagá-las? Quais as esperanças de isso se tornar realidade?' Essa atividade foi realizada por meio de uma discussão em grupo sobre as questões

descritas acima. Como tarefa reflexiva, cada preceptor recebeu um artigo que tratava de educação permanente em cenários da formação, tal como nas residências multiprofissionais.

A penúltima fase, denominada 'Planejamento', foi iniciada na quinta reunião. Tal fase possibilita que os participantes criem estratégias para o planejamento das ações futuras na instituição, articulando um plano em que as pessoas envolvidas no estudo se sintam capazes de participar da concretização do sonho recentemente expressado^{9,15}.

A partir da fase de 'Planejamento', os participantes foram convidados a planejarem e registrarem as ações que devem ser implementadas. Esse momento exigiu empenho para fazer escolhas que possibilitassem atingir o futuro proposto⁹.

Nesse estudo, os preceptores construíram suas proposições provocativas por meio do confronto entre o que eles encontraram nos artigos disponibilizados pela pesquisadora e as suas experiências enquanto profissionais da residência. Tal fase foi dividida em três momentos, quando os participantes: 1) debateram o sonho coletivo, a partir dos modelos ou exemplos encontrados nos artigos, 2) desenvolveram as proposições provocativas "o que deve ser o ideal?" para o seu contexto, e discutiram quais delas teriam a possibilidade de ser operacionalizadas, e 3) desenharam as possíveis ações para serem implementadas futuramente, construindo um quadro com os melhores exemplos encontrados, a partir das atividades realizadas.

A fase 'Destino' é a última fase do ciclo DSPD, e foi iniciada na sexta reunião. Nesse momento, foram discutidas as possibilidades de implementar os planos construídos na fase anterior. Essa fase também é utilizada para organizar projetos e priorizar iniciativas em direção à discussão e implementação de projetos futuros²⁷. O grupo pode desenvolver um cronograma de atividades, estratégias de comunicação e uma lista de medidas de acompanhamento do impacto dos esforços do projeto⁹.

Nessa última fase, a pesquisadora iniciou a discussão com os participantes orientada pelas seguintes questões: 'Como implementar esta estratégia? Como capacitar, aprender e improvisar para as melhores práticas? Como compartilhar estes resultados?'

A partir de tais questões, foram construídos, juntamente com os participantes, um cronograma e um plano de ação que ajudassem os preceptores a implementarem, na RIMS, a estratégia escolhida pelos participantes. A implementação encontra-se em andamento, tendo ocorrido um encontro adicional entre a pesquisadora e os participantes para tratarem do processo de operacionalização da estratégia.

Pontos positivos e desafios da metodologia

Como ressaltado anteriormente, a Pesquisa Apreciativa apresenta uma abordagem metodológica inovadora no campo da pesquisa qualitativa. Dois pontos positivos se destacam: o aprendizado coletivo para propor melhoras às organizações e a criação de produtos de interesse para os participantes.

A Pesquisa Apreciativa é inclusiva, colaborativa, e sua capacidade para estimular a aprendizagem coletiva deve ser destacada. Trajkovski¹⁰ dizem que a Pesquisa Apreciativa permite que os membros possam compartilhar o conhecimento tácito e explícito necessário para construir um planejamento das ações desejados para a sua organização. No nosso estudo, tendo em consideração o grau de formação dos participantes, propusemos a criação de uma produção científica coletiva, aceita pelos participantes da pesquisa que serão coautores de um artigo. É importante mencionar que, em outras metodologias qualitativas participativas, os participantes do estudo também "podem ser convidados a se incluir na equipe de pesquisa, a partilhar das reflexões e resultados e a serem coautores nas publicações"³² (p. 773).

Atualmente, no Brasil, os profissionais de saúde têm dificuldade para participar de pesquisas, sobretudo devido à indisponibilidade de tempo e carência de benefícios aos participantes. Diante deste cenário e reconhecendo a contribuição intelectual das pessoas que se dispuseram a participar, a possibilidade de produção científica coletiva foi importante para que pudéssemos recrutar participantes, já que os mesmos a necessitam para sua progressão profissional. Tal estratégia é

pertinente no contexto deste estudo, mas constitui uma opção. Assim, destacamos que a metodologia da Pesquisa Apreciativa possibilita que os participantes se engajem e determinem a orientação do projeto por meio de reflexões conjuntas para o desenvolvimento de estratégias de mudança nos processos.

Por fim, destacamos dois desafios da Pesquisa Apreciativa que são a centralidade da capacidade da pesquisadora para responder às diferentes propostas dos participantes em cada fase e a questão ética de identificação dos participantes do estudo, por intermédio de atividades desenvolvidas nos serviços, o que inclui a publicação dos resultados. Quando nos referimos à centralidade da capacidade da pesquisadora, apresentamos sugestões para auxiliar na condução da pesquisa, as quais podem ser: conhecer a metodologia em profundidade, manter o grupo no caminho apreciativo e evitar a tendência de ver apenas os problemas nas situações vivenciadas, coordenar as reuniões objetivas e no tempo previsto, mas, ao mesmo tempo, fazê-las reflexivas, dar respostas às perspectivas dos participantes tendo capacidade de improvisação mas mantendo a orientação da metodologia. Em termos éticos, é necessário discutir com os participantes o impacto individual e coletivo de sua identificação. Os mesmos devem consentir cada forma de identificação, por exemplo: que as publicações levem o seu nome, que os outros profissionais saibam que participam do estudo, que a coordenação do seu serviço saiba, etc.

Considerações finais

Em resumo, a Pesquisa Apreciativa é uma metodologia que permite a participação e o engajamento de profissionais da saúde em pesquisas relacionadas a sua área de atuação, com potencial para ser aplicada em múltiplas áreas. Além disso, observamos que a Pesquisa Apreciativa incentiva os debates reflexivos e críticos por parte dos participantes, estabelecendo um espaço de discussão para que as mudanças ocorram.

Neste artigo, apresentamos o detalhamento da construção metodológica de uma Pesquisa Apreciativa em particular. Queremos destacar que os profissionais da saúde aprovaram o encorajamento para adotarem uma abordagem positiva, construtiva e dialógica para propor mudanças no coletivo da instituição da qual fazem parte. O trabalho de campo revelou uma adesão significativa à metodologia por parte dos participantes da pesquisa. Salientamos que a possibilidade da construção de uma produção científica com os participantes da pesquisa constitui uma inovação no cenário das pesquisas em saúde no Brasil.

Outro aspecto importante foi a boa qualidade dos dados produzidos nos momentos de reflexão e debates sobre questões críticas em relação às práticas de Educação Permanente em Saúde na RIMS. Outra contribuição também foi estabelecer um espaço de discussão sobre as mudanças necessárias para promover avanços no programa da RIMS, nos serviços de saúde e na formação, o que põe em evidência o potencial da Pesquisa Apreciativa.

Colaboradores

Cristiane Trivisoli Arnemann participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Denise Gastaldo participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Maria Henriqueta Kruse participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Young L. Participatory action research (chapter 24). In: Beck CT, editor. *International handbook of qualitative nursing research*. New York: Routledge; 2013. p. 319-30.
2. Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C, Davy C. Body-map storytelling as research: methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping [Internet]. 2012 [citado 16 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>.
3. Gooden A, Gastaldo D. Partnerships for participatory action research: the case of recent immigrant women in Toronto, Canada. *The collaborative turn: working together in qualitative research*. Netherlands: Sense Publisher; 2009. p. 71-88.
4. Zaforteza C, Gastaldo D, Moreno C, Bover A, Miró R, Miró M. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research. *Nurs Inq*. 2015; 22(4):336-47.
5. Cooperrider D. *Appreciative inquiry: toward a methodology for understanding and enhancing organizational innovation* [dissertation]. Cleveland: Western Reserve University; 1986.
6. Reed J. *Appreciative inquiry: research for change*. London: Sage Publications; 2007.
7. Carter B. 'One expertise among many' – working appreciatively to make miracles instead of finding problems: using appreciative inquiry to reframe research. *J Res Nurs*. 2006; 11(1):48–63.
8. Kavanagh PM. *Appreciative inquiry: an interactive organizational intervention to translate acute pain management evidence into pediatric nursing practice* [thesis]. Toronto: University of Toronto; 2010.
9. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Implementing the 4D cycle of appreciative inquiry in health care: a methodological review. *J Adv Nurs*. 2012; 69(6):1224-34.
10. Trajkovski S, Schmied V, Vickers MH, Jackson D. Experiences of neonatal nurses and parents working collaboratively to enhance family centred care: the destiny phase of an appreciative inquiry project. *Collegian*. Forthcoming 2016.
11. Souza VL, McNamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicol Soc*. 2010; 22(3):598-607.
12. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saude Transform Soc*. 2012; 3(1):39-48.
13. Nilson LG, Campos DA, Dallegrave EJ, Moretti-Pires RO. A investigação apreciativa como tecnologia para a pesquisa em saúde coletiva. *Saude Transform Soc*. 2014; 5(3):1-9.
14. Poland B, Cavalcante Jr F. Unmasking power relations: from interview research to dialogue for social change. CQ seminar series [Internet]. [citado 16 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>.
15. Cooperrider D, Whitney D, Stavros JM. *Appreciative inquiry handbook: the first in a series of ai workbooks for leaders of change*. Ohio: Crown Custom Publishing Inc; 2005.
16. Coghlan AT, Preskill H, Tazavaras Catsambus T. An overview of appreciative inquiry in evaluation. *New Dir Eval*. 2003; 100:5-18.
17. Yoon MN, Lowe M, Budgell M, Steele CM. An exploratory investigation using appreciative inquiry to promote nursing oral care. *Geriatr Nurs*. 2011; 30(5):326-40.
18. Lind C, Smith D. Analyzing the state of community health nursing. *Adv Nurs Sci*. 2008; 31(1):28-41.

19. Havens DS, Wood SO, Leeman J. Improving nursing practice and patient care: building capacity with appreciative inquiry. *J Nurs Admin.* 2006; 36(10):463-70.
20. Wright M, Baker A. The effects of appreciative inquiry interviews on staff in the UK National Health Service. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2005; 18(1):41-61.
21. Ruhe MC, Bobiak SN, Litaker D, Carter CA, Wu L, Schroeder C, et al. Appreciative inquiry for quality improvement in primary care practices. *Qual Manag Health Care.* 2011; 20(1):37-48.
22. Scerri A, Innes A, Scerri C. Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *J Clin Nurs.* 2015; 24(13-14):1916-25.
23. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. *Nurs Sci Q.* 2014; 27(23):315-23.
24. Falk KJ. Appreciative inquiry with nurses who work with children of incarcerated parents. *Nurs Sci Q.* 2014; 27(4):315-23.
25. Baker A, Wright M. Using appreciative inquiry to initiate a managed clinical network for children's liver disease in the UK. *Int J Qual Health Care.* 2006; 19(6-7):561-74.
26. Lazic J, Radenovic M, Arnfield A, Janic D. Implementation of a nurse education programme in pediatric oncology using appreciative inquiry: a single center experience in Belgrade, Serbia. *Eur J Oncol Nurs.* 2011; 15(5):524-7.
27. Shendell-Falik N, Feinson M, Mohr BJ. Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *J Nurs Adm.* 2007; 37(2):95-104.
28. Bonham E. Appreciative inquiry in youthful offender psychiatric nursing research. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011; 24(2):122-9.
29. Knibbs K, Underwood J, MacDonald M, Schoenfeld B, Lavoie-Tremblay M, Crea-Arsenio M, et al. Appreciative inquiry: a strength-based research approach to building Canadian public health nursing capacity. *J Res Nurs.* 2010; 17(5):484-94.
30. Reed J, Pearson P, Douglas B, Swinburne S, Wilding H. Going home from hospital: an appreciative inquiry study. *Health Soc Care Commun.* 2002; 10(1):36-45.
31. Carter B, Cummings J, Cooper L. An exploration of best practice in multi-agency working and the experiences of families of children with complex health needs: what works well and what needs to be done to improve practice for the future? *J Clin Nurs.* 2007; 16(3) :527-539.
32. Guerriero ICZ, Minayo MCS. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. *Physis.* 2013; 23(3):763-82.

Arnemann CT, Gastaldo D, Kruse MHL. Investigación Apiciativa: características, utilización y posibilidades para el área de la Salud en Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):121-31.

Nuestro artículo presenta y discute las características de la Investigación Apiciativa como metodología de investigación, utilizando un ejemplo de una residencia multi-profesional integrada en Salud en Brasil. La Investigación Apiciativa, conocida en inglés como Appreciative Inquiry, es una metodología usada para identificar las mejores prácticas desarrolladas y empleadas por las personas que trabajan en una institución. Esa metodología permite la participación y el compromiso de profesionales del área de la Salud en investigaciones relacionadas a su área de actuación, con potencial de aplicación en múltiples áreas. Además, la Investigación Apiciativa incentiva debates reflexivos y críticos por parte de los participantes, estableciendo un espacio de discusión para que ocurran cambios. Los profesionales de la Salud que participaron en ese trabajo consideran pertinente la finalidad de alentar a las personas para que adopten un abordaje positivo, constructivo y dialógico para proponer cambios institucionales.

Palabras clave: Investigación Apiciativa. Investigación cualitativa. Métodos. Metodología. Práctica profesional.

Submetido em 19/08/16. Aprovado 03/02/17.

A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno^(a)

Edson Malvezzi^(b)

Cibele de Moura Sales^(c)

Antonio Sales^(d)

Damasceno NFP, Malvezzi E, Sales CM, Sales A. Narratives as alternative in health research. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):133-40.

The potential of narratives in understanding the meanings people attach to the environment and to themselves contribute to their use in qualitative research. However, few procedural details of these surveys are found, especially those that integrate reports into a single story. This work describes the production of knowledge in qualitative health research coming from the study of pleasure, suffering and illness in higher education teachers. The experiences reported in 25 interviews were the guide of an interpretive analysis based on the hermeneutic-dialectic and the construction of a new narrative by the researchers. The material was discussed and reviewed by the participants in a validation workshop. The data that was collectively built and the dynamics observed in the workshop confirmed the potentiality offered by this kind of investigation as a methodological alternative in qualitative health research.

Keywords: Narrative. Teaching work. Pleasure and pain at work. Educational practices in health.

O potencial das narrativas na compreensão dos significados que as pessoas atribuem ao ambiente e a si mesmas contribui para sua utilização em pesquisas qualitativas. Entretanto, são escassos os detalhes procedimentais dessas pesquisas, especialmente daquelas que integram os relatos em uma única história. Este trabalho descreve a produção de conhecimento na pesquisa qualitativa em saúde a partir do estudo sobre prazer, sofrimento e adoecimento em docentes do ensino superior. O conjunto das vivências relatadas em 25 entrevistas orientou, em análise interpretativa fundamentada na hermenêutica-dialética, a construção de uma nova narrativa pelos pesquisadores. O material elaborado foi discutido e revisado pelos participantes em oficina de validação. Os dados construídos coletivamente e a dinâmica observada na oficina corroboraram a potencialidade desse tipo de investigação como alternativa metodológica em pesquisas qualitativas em saúde.

Palavras-chave: Narrativa. Trabalho docente. Prazer e sofrimento no trabalho. Práticas educativas em saúde.

^(a,c) Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Cidade Universitária de Dourados, Rodovia Itahum, Km 12, s/n, Jardim Aeroporto. Dourados, MS, Brasil. 79804-970. nauristela@uems.br; cibele@uems.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. edsonmalvezzi@yahoo.com.br

^(d) Programas de Pós-Graduação da Universidade Anhanguera - Uniderp. Campo Grande, MS, Brasil. antonio.sales@anhanguera.com

Introdução

As narrativas permeiam a vida das pessoas desde a infância, na família, na escola, às grandes narrativas sobre o mundo e a vida, interessando a vários campos, como a arte e as ciências¹. Elas são relatos culturais do que faz pulsar os seres humanos, contribuindo para organizar a estrutura da experiência humana e a memória de acontecimentos por meio das histórias, dos mitos e das razões para fazer ou não fazer^{2,3}.

No campo das ciências, as narrativas têm sido empregadas nas pesquisas qualitativas a partir de vários enfoques – história de vida, biografias, depoimentos, relatos orais ou escritos – que têm em comum a valorização da subjetividade dos participantes a partir das vivências que eles narram ao pesquisador. Nesse contexto, o processo dialógico é priorizado, bem como sua natureza relacional e coletiva na qual a subjetividade é considerada como uma construção social⁴.

Nas publicações sobre o emprego das narrativas em pesquisas, evidenciam-se notadamente as áreas da educação e da saúde. Na educação, as narrativas abordam o trabalho docente, principalmente, a formação⁵. Na saúde, as investigações referem-se à compreensão do processo saúde-doença^{1,6,7}, à história de vida ou experiências relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde^{8,9} e às pesquisas avaliativas em programas de saúde coletiva^{10,11}.

Entretanto, são limitadas as publicações, em pesquisas qualitativas, que apresentam detalhes capazes de esclarecer aos leitores sobre os procedimentos metodológicos de uso das narrativas, especialmente, daquelas que pretendem integrar em uma única história o material produzido pelos sujeitos, individual ou coletivamente.

Dessa forma, o que se pretende com este trabalho é descrever, detalhadamente, o processo de construção de uma narrativa, utilizada em uma pesquisa qualitativa sobre prazer e sofrimento no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior.

Nesta pesquisa, os dados produzidos pelos sujeitos, em entrevistas individuais, foram integrados em um novo relato narrativo, construído pelos pesquisadores, que foi validado coletivamente pelos mesmos sujeitos, resultando em uma narrativa que retrata as vivências de prazer e sofrimento desse grupo de trabalhadores. Neste estudo, optou-se pela oficina de validação com os mesmos participantes para aprofundar os achados. Contudo, seria possível realizá-la com outros sujeitos, inseridos no mesmo contexto, com os mesmos critérios de inclusão, se o objetivo fosse ampliar os achados. Em qualquer dessas opções, o que se busca, além da validação, é que os sujeitos da pesquisa também participem da análise dos dados, dos achados. Em ambas as situações, havendo novas contribuições, o que se faz operacionalmente é acrescentar o novo conteúdo ao relato inicial.

De acordo com Bolívar⁴, o emprego das narrativas como modo de construir conhecimento possui um enfoque específico de investigação, com características próprias de credibilidade e legitimidade, que diferem dos métodos lógico-científicos. Sustenta que essas diferenças não diminuem sua principal contribuição: representar um conjunto relevante de dimensões da experiência humana, que incluem sentimentos, intencionalidade, desejos, singularidade, entre outros⁴. No mesmo sentido, Polkinghorne¹² afirma que as pesquisas narrativas se propõem a produzir conhecimentos que não estão ao alcance dos métodos tradicionais de investigação científica, como os significados que as pessoas dão às suas vivências, às situações e às ações de suas vidas, inseridas no grupo e na coletividade.

Bolívar⁴ diferencia dois tipos de pesquisas narrativas de acordo com o método de análise. O primeiro utiliza uma apreciação paradigmática dos dados da narrativa por meio de tipologias, ou categorias, com objetivo de alcançar generalizações do grupo estudado. O segundo tipo – que interessa a este trabalho – faz uso da análise narrativa propriamente dita. Segundo Bolívar⁴, esse tipo de pesquisa também faz uso do depoimento pessoal de diferentes informantes, mas o produto da análise é uma nova narrativa, produzida pelo pesquisador, com objetivo de integrar e dar significado aos dados, sem manipular a voz dos informantes, contemplando os elementos singulares que configuram as histórias e afastando-se das pretensões de generalizar esse significado.

Para Bolívar⁴, a pesquisa narrativa se baseia no “giro hermenêutico” (p. 4), que dá mérito a uma perspectiva interpretativa na qual o valor e o significado do relato são conferidos pela autointerpretação dos sujeitos, em narrativas na primeira pessoa, na qual a dimensão temporal e

biográfica ocupa uma posição central. Nesse contexto, Minayo¹³ reforça que a hermenêutica-dialética não estabelece técnicas, mas oferece ao tratamento dos dados desse tipo de pesquisa um “caminho do pensamento” (p. 231). O desafio é, portanto, descobrir como trilhar esse caminho.

Minayo¹³ e Bolívar⁴ sustentam suas posições em Gadamer¹⁴, para quem “a tarefa hermenêutica se converte por si mesma num questionamento pautado na coisa, e já se encontra sempre determinada por este” (p. 405). Esse último autor¹⁴ esclarece ainda o papel do pesquisador na tarefa de compreender qual é esse caminho do pensamento, enfatizando a importância de não se entregar à casualidade de suas próprias opiniões prévias e ignorar o que é narrado pelo outro, mas assumir uma postura sensível e constante de deixar que ele diga alguma coisa por si, sendo sempre receptivo à peculiaridade do que lhe é comunicado.

Essa postura não pressupõe neutralidade, visto que também é tarefa do pesquisador dar-se conta das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriando-se delas justamente para separá-las do que é comunicado pelo outro, abrindo espaço para que este possa se apresentar e ser compreendido¹⁴. Dessa forma, não se pode deixar de lado o fato de que os atores envolvidos na pesquisa narrativa são também marcados pela história, pelo tempo, pelo grupo social e pela cultura. Onocko-Campos¹⁵, reportando-se especificamente aos pesquisadores da Saúde Coletiva, normalmente inseridos no contexto que investigam, ressalta que o pesquisador deve manter-se atento à sua capacidade de estranhar aquilo que lhe é familiar.

A pesquisa narrativa ocorre no espaço e no momento da relação entre a ação do informante e do pesquisador, na busca de compreensão dos significados daquilo que é narrado pelo primeiro. Para Gadamer¹⁴, essa compreensão se realiza por meio da interpretação do que é narrado em um processo dialético da pergunta e da resposta, sob a mediação da linguagem, que contempla o diálogo, a dialogia e a troca, no sentido de encontrar os argumentos.

Sobre as tarefas do pesquisador de interpretar e compreender, Minayo¹³ refere que:

a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o “texto”, a “fala”, o “depoimento”, como resultado de um processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse “texto” é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais. (p. 227-8)

Essa concepção possibilita a reconstrução da perspectiva do sujeito sobre a realidade social de um grupo determinado de indivíduos, em um processo fundamentado na hermenêutica e que ocorre na interação, possibilitando, por meio da dialética, um construir e um desconstruir, um concordar e um discordar sucessivos dos atores envolvidos.

A utilização da narrativa em investigação sobre prazer e sofrimento no trabalho docente

A pesquisa que originou este trabalho partiu da proposta de utilização da narrativa, em abordagem interpretativa, em uma investigação sobre as vivências de prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho dos docentes de ensino superior em uma instituição pública. Além disso, utilizou-se a análise fundamentada na hermenêutica-dialética para orientar o desenvolvimento de materiais pedagógicos.

Tendo sido atendidas todas as exigências éticas em pesquisa com seres humanos, 25 docentes foram inicialmente entrevistados individualmente, utilizando a técnica da história de vida tópica, com ênfase em determinada etapa ou setor da vida pessoal¹³. Foi elaborado um roteiro para a entrevista e a questão que norteou a história foi: Conte-me como tem sido a sua vivência de prazer, sofrimento e adoecimento aqui na Universidade.

Com objetivo de ampliar e aprofundar as reflexões, a partir da resposta ao tema central foram elaboradas duas questões auxiliares que seriam utilizadas caso fosse necessário: a) Quais fatores individuais e organizacionais você relacionaria ao prazer, ao sofrimento e ao adoecimento do docente

nesta universidade?; e b) Quais estratégias de enfrentamento você utiliza para lidar com os fatores individuais e organizacionais relacionados com o sofrimento no trabalho nesta universidade?

As entrevistas foram audiogravadas e transcritas pelos pesquisadores. Os apontamentos realizados por eles durante as entrevistas foram inseridos no fim do texto da transcrição ou, quando considerado pertinente, entre chaves no relato do entrevistado. Os relatos foram organizados segundo dois critérios: conforme a ordem de realização das entrevistas (E1, E2... E25); e, de acordo com o tema investigado, foram destacadas, em cores diferentes, as partes de cada entrevista que se referiam ao prazer, ao sofrimento, ao adoecimento ou às estratégias de enfrentamento, que foram sistematizadas em tabelas de acordo com o conteúdo narrado pelos entrevistados. Dessa maneira, foram elaboradas quatro tabelas, uma para cada tema investigado (prazer, sofrimento, adoecimento e estratégias de enfrentamento). Esse procedimento também permitiu a verificação do critério de saturação, conforme proposto por Fontanella et al.¹⁶.

No Quadro 1, ilustra-se como esse processo foi realizado com um dos temas investigados – vivências de prazer no trabalho – por meio de exemplo hipotético que utiliza parte dos dados da pesquisa. Na situação retratada no quadro, a saturação para as vivências de prazer no trabalho ocorreu na quinta entrevista. Ressalta-se que o registro das recorrências foi utilizado apenas para verificar a saturação, visto que para a construção da narrativa foram considerados todos os núcleos argumentais, conforme descrito mais à frente.

Quadro 1. Exemplo hipotético de organização dos dados nas entrevistas

	Enunciados dos núcleos argumentais	Entrevistas (E)										Total de recorrências
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	n	
Vivências de prazer no trabalho	Realização por meio do trabalho	X	x		x	x	x	x		x	x	8
	Horário de trabalho flexível	X		x		x	x					4
	Reconhecimento dos alunos	X	x	x		x			x	x		6
	Convivência com geração mais jovem		X		x			x				3
	Reconhecimento dos pares		X					x				2
	Diferentes possibilidades de atuação profissional			X		x			x			3
	Autonomia				X	x			x		x	4
	Remuneração					X				x	x	2
Total de novos enunciados por entrevista		3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	---

Legenda: X – novo enunciado; x – recorrências.

Elaborada a partir da proposta de Fontanella et al.¹⁶ (p. 391).

Ao longo das transcrições e do processo de organização dos dados, bem como depois que todas as entrevistas estavam transcritas, foram realizadas muitas novas leituras dos textos e os ajustes necessários. Esse processo se assemelhou ao que Minayo¹³ chamou de enxugamento da classificação, visto que as primeiras são bastante grosseiras e, conforme os dados vão sendo construídos, durante o processo de pesquisa, é possível perceber relatos reincidentes, peculiaridades e discrepâncias, sendo que assim vão se definindo os núcleos argumentais mais relevantes. Também vão surgindo peculiaridades, tal como eventos em que os informantes contaram ter vivenciado, ao mesmo tempo, prazer e sofrimento; ou eventos que, para alguns, eram fontes de prazer, enquanto para outros provocavam sofrimento e adoecimento. Nesse sentido, a abordagem hermenêutica-dialética torna possível expressar, na narrativa construída, como são vivenciadas e percebidas todas essas aparentes contradições e incoerências que, de fato, subjetivam e enriquecem o repertório das experiências humanas.

Depois desse processo inicial, fazendo uma aproximação com a proposta de narrativa investigativa de Bolívar⁴ e também dos desenhos participativos produzidos por Onocko-Campos^{10,15}, foi construída uma nova narrativa pelos pesquisadores, como parte do tratamento do material produzido nas entrevistas. Esse processo seguiu os núcleos argumentais que foram sendo alinhavados uns aos outros, juntamente com as observações dos pesquisadores, procurando reproduzir o vaivém natural do relato dos participantes, seus autoquestionamentos, espantos, encantamentos, concordâncias e discordâncias. Após a primeira construção, foram feitas releituras, verificação dos núcleos argumentais e alguns retornos aos relatos transcritos até que a narrativa estivesse integrando, consistentemente, o material produzido nas entrevistas.

Para delinear como foi esse processo de junção dos núcleos argumentais das entrevistas para construir a narrativa, apresenta-se no Quadro 2 um exemplo de como foi utilizado o material produzido nas entrevistas para compor um trecho da narrativa. Ressalva-se que, devido à limitação de espaço, não foram inseridas todas as entrevistas em que há referência aos núcleos argumentais citados.

Quadro 2. Exemplo de construção de trecho da narrativa.

Entrevistas		Narrativa
E1	[...] à tarde eu faço atividade em casa, mesmo porque a universidade não tem muito espaço pra professor [...].	A maioria de nós leva trabalho pra casa porque aqui não temos um espaço reservado para trabalhar, principalmente em atividades que exigem concentração, como leitura, elaboração de artigos, relatórios, preparação de aulas. Alguns cursos têm uma sala para todos os professores e outros compartilham salas com mais dois, três, quatro colegas. Imagine dois, três professores na mesma sala, um tentando orientar seus alunos, outro tentando preparar uma aula, outro discutindo um projeto com um colega? Simplesmente têm atividades que não têm como desenvolver aqui, no espaço físico da universidade. É um entra e sai... E o problema não é só o espaço físico! A parte de tecnologia também dificulta o trabalho. A internet não funciona bem, cai, trava. Têm períodos em que quando tem internet, não tem telefone... falta luz; quando tem telefone e internet não tem papel; quando tem papel não tem <i>toner</i> ; quando tem os dois já ultrapassamos a cota.
E3	[...] aquela parte que a gente tem que parar pensar e fazer leitura, essa parte a gente acaba, eu pelo menos acabo fazendo em casa. [...] a sala em que eu fico de professores, eu fico com mais três ou quatro professores dependendo do dia [...] a gente tá trabalhando aqui e aí a internet tá lenta, aí cai, falta luz.	
E11	[...] tem um sistema de internet ruim pra péssimo [...] a cópia impressa demanda cotas para impressão [...] quando você não venceu a sua cota acabou o papel. [...] aí quando você recebe o papel, acabou o <i>toner</i> [...].	
E16	[...] eu fico aqui de manhã dando aula e fazendo os meus projetos e atendendo os meus alunos e à tarde eu tenho que tirar meu tempo, ficar na minha sala, na minha casa, pra eu preparar as minhas aulas, pra eu me concentrar [...].	

Elaborada pelos autores.

Ressalta-se que, nesse processo de construção, além do cuidado para não manipular a voz dos informantes, houve uma significativa preocupação quanto aos vínculos dos pesquisadores com os entrevistados e também com o contexto organizacional, visto que alguns são funcionários da instituição. Um deles atua em um setor relacionado à saúde do trabalhador, além de ser aluno de um programa de mestrado profissional no qual alguns dos entrevistados são docentes. Essas implicações enfatizaram ainda mais a necessidade de assumir uma postura sensível e receptiva ao material que era construído pelos participantes durante a entrevista, com escuta atenta para as peculiaridades de cada narrativa e também para a capacidade de estranhamento ao que fosse familiar¹⁵.

Um desafio adicional, buscando favorecer sua leitura coletiva¹⁵ no grupo de validação, foi transformar as mais de duzentas páginas dos relatos individuais em um único texto com 15 páginas, contemplando todos os elementos relevantes do material coletado.

Finalizada a narrativa, ela foi apresentada aos mesmos docentes que participaram das entrevistas e que aceitaram participar de um segundo encontro, agora coletivo e organizado como uma oficina de validação na qual o disparador da discussão foi a narrativa construída pelos pesquisadores.

Nessa oficina, depois de fornecidas canetas e cópias da narrativa para todos, os participantes foram convidados a realizar uma leitura coletiva, destacando, no texto, os pontos que gostariam de

aprofundar, alterar e esclarecer. Após a leitura, iniciaram-se as discussões sobre os pontos destacados, que demonstraram haver grande concordância e identificação com o conteúdo apresentado, trazendo a possibilidade de aprofundar alguns aspectos. A oficina também foi audiogravada e os pesquisadores fizeram apontamentos que foram inseridos no fim do texto da transcrição, tal como realizado nas entrevistas.

A organização da oficina aproximou-se da proposta de desenho participativo das pesquisas de Onocko-Campos¹⁵, que chama esse tipo de encontro de grupo hermenêutico, que tem finalidade de validar a produção do pesquisador e também de produzir efeitos de intervenção.

Esses efeitos de intervenção foram especialmente interessantes na oficina, pois os participantes demonstraram que se identificavam ao ouvir as suas histórias por meio de um coletivo integrado delas, que refletiam não apenas a sua vivência, mas outros elementos relevantes para a compreensão do contexto em que eles estavam inseridos. Conforme esperado, eles relataram identificações, na narrativa, com elementos que se lembravam de ter relatado nas entrevistas. Todavia, também se identificaram com elementos que eles não relataram e que foram inseridos pelos colegas ou pelos pesquisadores – com base em suas observações, realizadas durante as entrevistas.

Assim, os participantes destacaram pontos em que concordavam e discordavam de seus colegas e em que se colocavam no lugar dos demais para tentar compreender partes do relato com as quais não se identificavam, engajaram-se no debate sobre as vicissitudes do trabalho docente na instituição, apresentaram alternativas, fizeram analogias e utilizaram de metáforas que enriqueceram e aprofundaram a discussão. Essa dinâmica enfatizou a importância e a potencialidade desse momento, reconhecido pelos próprios participantes.

Conforme informado a eles, poderiam ser realizadas quantas oficinas fossem necessárias até que considerassem a narrativa concluída. Entretanto, ao fim desse encontro, que teve duração de aproximadamente duas horas e trinta minutos, os docentes consideraram que o processo estava finalizado, não havendo necessidade de realização de outros encontros.

Por fim, a construção da narrativa foi complementada com as alterações sugeridas pelos participantes da oficina e integrou a dissertação, sendo que esta é parte do material produzido e foi utilizada na análise das narrativas e na elaboração de materiais didático-pedagógicos relacionados ao tema investigado.

Considerações finais

Ao fim do processo descrito, ficou ainda mais evidenciada a potencialidade das narrativas como percurso metodológico em pesquisas qualitativas na área de saúde. Vislumbra-se também o potencial interativo e catalisador dos materiais didático-pedagógicos que as narrativas ajudarão a elaborar.

Ainda assim, é importante ressaltar que a complexidade do caminho percorrido, a delicadeza das relações envolvidas e o cuidado com as questões éticas e de validade dos produtos são preocupações acentuadas pelas dúvidas que surgem no decorrer do trabalho e também pela leitura das poucas referências sobre a construção de narrativas como recurso interpretativo em pesquisas qualitativas.

Nesse contexto, enfatiza-se que não foi solução fácil para os pesquisadores, conscientes do seu envolvimento com o objeto de estudo, manterem-se na posição de estranhamento daquilo que lhes é conhecido, cuidando para não criarem, mas escolhendo fazer recortes e ênfases com a intenção de se aproximarem desse objetivo de análise. A escolha, neste estudo, foi a de aprofundar e validar esses recortes e ênfases, em um movimento de adensamento. Essa escolha implicou deixar de considerar elementos que também poderiam ser significativos para os sujeitos do estudo, da mesma maneira que, provavelmente, o enredo narrativo seria diferente se outras escolhas teóricas fossem adotadas para análise e compreensão dos fenômenos abordados. Há nisso um inerente e reconhecido risco, ao mesmo tempo que um enfrentamento das incertezas.

Além disso, este estudo, por sua natureza, possibilitou que os participantes, ao construírem suas narrativas, trazerem vida aos seus relatos, expressassem suas histórias e compartilhem suas vivências, se deparassem com a oportunidade de refletir, em ato, sobre suas inserções e práticas e, nesse

movimento, tivessem a perspectiva de se transformarem e modificarem suas relações cotidianas em um processo de mediação “entre o ‘interior’ e o ‘exterior’ ao ‘eu’, na relação ser-no-mundo”¹ (p. 1068). Contudo, essas possíveis transformações não foram, assumidamente, objeto explorado exaustivamente neste trabalho, ainda que consideradas significativas.

Dessa forma, objetivou-se descrever detalhadamente a trajetória metodológica realizada na construção de uma narrativa e as poucas referências que auxiliaram nesse processo, sem pretender concluir a questão ou indicar um caminho que exclua outras possibilidades, uma vez que a narrativa pode ser útil em diferentes contextos, fazendo-se necessário repensar esse processo de construção e considerando suas limitações e potencialidades.

Colaboradores

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno, Edson Malvezzi e Cibele de Moura Sales participaram ativamente da elaboração do projeto, da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Antonio Sales contribuiu na discussão dos resultados, participou da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1065-76.
2. Bruner J. The narrative construction of reality [Internet]. *Crit Inq*. 1991 [citado 8 Nov 2015]; 18(1):1-21. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1343711>.
3. Bruner J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
4. Bolívar Botía A. “¿De nobis ipsis silemus?”: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación [Internet]. *Redie*. 2002 [citado 2015 Nov 10]; 4(1). Disponível em <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>.
5. Cunha MI. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino [Internet]. *Rev Fac Educ*. 1997 [citado 2 Set 2015]; 23(1-2):185-95. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/59596>.
6. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev Bras Prom Saude*. 2003; 16(1-2):59-66.
7. Costa GMC, Gualda, DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2010; 17(4):925-37.
8. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*. 1995; 29(1):63-74.

9. Moraes CJA, Granato TMM. Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte. *Psico*. 2014; 45(4):475-84.
10. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-6.
11. Malvezzi E. Contribuições da gestão da clínica para implantação de rede de atenção à saúde no SUS [dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
12. Polkinghorne DE. Validity issues in narrative research. *Qual Inq*. 2007; 13(4):471-86. doi: 10.1177/1077800406297670.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1998.
14. Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997.
15. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica [Internet]. *Cad Saude Publica*. 2011 [citado 07 Set 2015]; 27(2):388-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

Damasceno NFP, Malvezzi E, Sales CM, Sales A. La narrativa como alternativa en la investigación de salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):133-40.

El potencial de las narrativas en la comprensión de los significados que las personas atribuyen al ambiente y a sí mismas contribuye para su utilización en investigaciones cualitativas. No obstante, son escasos los detalles procedimentales de esas investigaciones, principalmente de aquellas que integran los relatos en una única historia. Este trabajo describe la producción de conocimiento en la investigación cualitativa en salud a partir del estudio sobre placer, sufrimiento y enfermedad en docentes de la enseñanza superior. El conjunto de las vivencias relatadas en 25 entrevistas orientó, en análisis hermenéutico-dialéctico, la construcción de una nueva narrativa por parte de los investigadores. El material elaborado fue discutido y validado por los participantes en taller de validación. Los datos construidos colectivamente y la dinámica observa en el taller corroboran el potencial de ese tipo de investigación como alternativa metodológica en investigaciones cualitativas de salud.

Palabras clave: Narrativa. Trabajo docente. Placer y sufrimiento en el trabajo. Prácticas educativas en salud.

Submetido em 19/09/16. Aprovado em 22/02/17.

Narratives as alternative in health research

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno^(a)

Edson Malvezzi^(b)

Cibele de Moura Sales^(c)

Antonio Sales^(d)

(a,c) Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Cidade Universitária de Dourados, Rodovia Itahum, Km 12, s/n, Jardim Aeroporto. Dourados, MS, Brasil. 79804-970. nauristela@uems.br; cibele@uems.br

(b) Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. edsonmalvezzi@yahoo.com.br

(d) Programas de Pós-Graduação da Universidade Anhanguera – Uniderp. Campo Grande, MS, Brasil. antonio.sales@anhanguera.com

The potential of narratives in understanding the meanings people attach to the environment and to themselves contribute to their use in qualitative research. However, few procedural details of these surveys are found, especially those that integrate reports into a single story. This work describes the production of knowledge in qualitative health research coming from the study of pleasure, suffering and illness in higher education teachers. The experiences reported in 25 interviews were the guide of an interpretive analysis based on the hermeneutic-dialectic and the construction of a new narrative by the researchers. The material was discussed and reviewed by the participants in a validation workshop. The data that was collectively built and the dynamics observed in the workshop confirmed the potentiality offered by this kind of investigation as a methodological alternative in qualitative health research.

Keywords: Narrative. Teaching work. Pleasure and pain at work. Educational practices in health.

Introduction

Narratives permeate people's life since childhood – in the family, at school – and eventually encompass great narratives about the world and life. Many fields are interested in

them, such as the arts and sciences¹. They are cultural reports on what makes human beings pulsate, and contribute to organize the structure of human experience and the memory of events through stories, myths, and through reasons for doing something or not^{2,3}.

In the field of sciences, they have been employed in qualitative research by means of different approaches – life histories, biographies, testimonies, oral or written reports – that share the importance given to the participants' subjectivity based on the experiences they narrate to the researcher. In this context, the dialogic process is prioritized, as well as its relational and collective nature in which subjectivity is considered a social construction⁴.

In publications about the use of narratives in research, the areas of education and health stand out. In education, narratives have approached the work performed by teachers, mainly teacher training⁵. In health, studies have focused on the understanding of the health-disease process^{1,6,7}, on the life history or experiences related to the work of health professionals^{8,9}, and on evaluative research in collective health programs^{10,11}.

However, few publications, in qualitative research, have provided details that can help readers to clarify their understanding of the methodological procedures related to the use of narratives, especially those that intend to integrate, into a single story, the material produced by subjects, either individually or collectively.

Thus, the aim of this study is to describe, in detail, the process of construction of a narrative used in a qualitative study that investigated pleasure and suffering in the work of teachers at a public higher education institution.

In this study, data produced by subjects in individual interviews were integrated into a new narrative report constructed by the researchers. The report was collectively validated by the same subjects, and resulted in a narrative that portrays the pleasure and suffering experiences of this group of workers. In the present study, we decided to conduct a validation workshop with the same participants to *deepen* the findings. However, it would be possible to conduct it with other subjects, in the same context, with the same inclusion criteria, if the objective was to *expand* the findings. Anyway, the aim, apart from validation, is that the research subjects also participate in the analysis of the data and of the findings. In both situations, when there are new contributions, the operational process is: the new content is added to the initial report.

According to Bolívar⁴, the use of narratives as a way of building knowledge has a

specific investigation focus, with its own characteristics of credibility and legitimacy, which differ from logical–scientific methods. The author argues that such differences do not reduce their main contribution: to represent a relevant set of dimensions of human experience that include feelings, intentionality, desires and singularity, among others⁴. Polkinghorne¹² states that narrative research intends to produce knowledge that is not within the reach of the traditional methods of scientific investigation, like the meanings people attach to their experiences and to situations and actions of their lives, as part of a group and of a collectivity.

Bolívar⁴ distinguishes two types of narrative research according to the method of analysis. The first uses a paradigmatic appraisal of the narrative data through typologies or categories, aiming to reach generalizations of the studied group. The second type – which is the focus of this study – employs the typical narrative analysis. According to Bolívar⁴, this type of research also uses the personal testimony of different informants, but the product of the analysis is a new narrative, produced by the researcher, with the aim of integrating and giving meaning to the data without manipulating the informants' voice. The researcher notices the singular elements that configure the stories and does not intend to generalize this meaning.

To Bolívar⁴, narrative research is based on the “hermeneutic spin” (p. 4), which fosters an interpretive perspective in which the value and meaning of the report are conferred by subjects' self–interpretation in first–person narratives, in which the temporal and biographic dimension occupies a central position. In this context, Minayo¹³ reinforces the idea that hermeneutics–dialectics does not establish techniques; it offers, to the treatment of the data in this kind of research, “a path of thought” (p. 231). Therefore, the challenge is to discover how to tread this path.

Minayo¹³ and Bolívar⁴ look for support in Gadamer¹⁴, who argues that “the hermeneutic task is converted, by itself, in a questioning based on the thing, and is always determined by this questioning” (p. 405). Gadamer¹⁴ clarifies the researcher's role in the task of understanding the “path of thought”, and emphasizes the importance of not surrendering to the casualness of one's previous opinions, ignoring what is narrated by the other person. Instead, the researcher should constantly assume the sensitive attitude of letting the person say something spontaneously and be receptive to the peculiarity of what is communicated.

This attitude does not presuppose neutrality, as the researcher's task includes noticing his/her own previous opinions and prejudices, appropriating them precisely to separate them from what is communicated by the other, and opening space for the other to introduce him/herself and be understood¹⁴. Thus, it is not possible to ignore the fact that the actors involved in narrative research are also marked by history, time, social group, and culture. Onocko-Campos¹⁵, referring specifically to researchers in the field of Collective Health, who are usually part of the context they investigate, argues that the researcher must remain attentive to his/her capacity for not taking for granted what is familiar to him/her.

Narrative research occurs in the space and moment of the relation between the informant's and the researcher's action, in an attempt to understand the meanings of what is narrated by the informant. Gadamer¹⁴ argues that such understanding is achieved through interpretation of what is narrated, in a dialectic process of question and answer mediated by language, which focuses on dialog and exchange, in the sense of finding arguments.

About the researcher's tasks of interpreting and understanding, Minayo¹³ states that:

the union of hermeneutics with dialectics leads the interpreter to try to understand the text, the speech, the testimony, as the result of a social process and a knowledge process, both deriving from multiple determinations, but with a specific meaning. This text is the social representation of a reality that is revealed and hidden in communication, in which the author and the interpreter are part of the same ethical-political context and in which agreement subsists simultaneously with social tensions and disturbances. (p. 227-8)

This conception enables the reconstruction of the subject's perspective about the social reality of a certain group of individuals, in a process grounded on hermeneutics and which occurs in the interaction. Through dialectics, this process enables the action of constructing and deconstructing, a successive agreeing and disagreeing by the actors involved.

The use of narrative in an investigation about pleasure and suffering in the work of teachers

The research that originated this study proposed the use of narratives according to an interpretive approach, in an investigation of pleasure, suffering and illness experiences in the work of higher education teachers from a public institution. In addition, the analysis grounded on hermeneutics–dialectics was used to guide the development of pedagogical materials.

After all the ethical requirements concerning research involving human beings were met (Opinion 891,234 of the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul), 25 teachers were interviewed individually. The technique of topic life history was employed, emphasizing a certain stage or sector of personal life¹³. A script was developed for the interview and the sentence that guided the story was: Tell me about your experience of pleasure, suffering and illness here at the University.

With the objective of expanding and deepening the reflections, depending on the answer to the central theme, two auxiliary questions were created to be used in case of need: a) What individual and organizational factors would you relate to teachers' pleasure, suffering and illness at this university? b) What coping strategies do you use to deal with individual and organizational factors related to suffering at the workplace in this university?

The interviews were audio–recorded and transcribed by the researchers. The notes taken by the researchers during the interviews were included at the end of the transcription or, when it was considered pertinent, among brackets in the interviewee's report. The reports were organized according to two criteria: a) the order in which the interviews were conducted (I1, I2...I25; b) according to the investigated theme, parts of each interview were highlighted in different colors, depending on whether they referred to pleasure, suffering, illness or coping strategies. These parts were systematized in tables according to the content narrated by the interviewee. Thus, four tables were created, one for each investigated theme (pleasure, suffering, illness and coping strategies). This procedure also allowed the verification of the saturation criterion, as proposed by Fontanella et al¹⁶.

Table 1 shows how this process was carried out with one of the investigated themes – pleasure experiences at the workplace – through a hypothetical example that uses part of the research data. In the situation portrayed in the Table, saturation concerning pleasure experiences at the workplace occurred in the fifth interview. It is important to mention that the record of recurrences was used only to verify saturation; for the construction of the

narrative, all the argumentation nuclei were taken into account, as described below.

Table 1. Hypothetical example of data organization in the interviews

	Utterances of the argumentation nuclei	Interviews (I)										Total recurrences	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	n		
Pleasure experiences at the workplace	Fulfilment through work	X	x		x	x	x	x		x	x	8	
	Flexible working hours	X		x		x	x					4	
	Students' recognition	X	x	x		x			x	x		6	
	Interaction with a younger generation		X		x				x			3	
	Peer recognition		X						x			2	
	Different possibilities of professional action				X		x			x		3	
	Autonomy					X	x			x		x	4
	Remuneration						X				x	x	2
	Total of new utterances per interview		3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	---

Key: X - new utterance; x - recurrences.

Based on the proposal of Fontanella et al (2011, p. 391)

During the transcriptions and the data organization process, and after all the interviews were transcribed, the texts were read many times and the necessary adjustments were made. This process was similar to what Minayo¹³ called classification downsizing, as the first ones have not been polished yet and, as the data are constructed during the research process, it is possible to notice repeated reports, peculiarities and discrepancies. Thus, the most relevant argumentation nuclei are gradually defined. Peculiarities also emerge, such as events in which the informants reported having experienced, at the same time, pleasure and suffering, or events that, for some, were sources of pleasure, while others viewed them as sources of suffering and illness. Therefore, the hermeneutic–dialectical approach enables to express, in the constructed narrative, how individuals experience these apparent contradictions and incoherences which, in fact, subjectify and enrich the repertoire of human experiences.

After this initial process, based on the investigative narrative proposed by Bolívar⁴ and also on the participatory design produced by Onocko–Campos^{10,15}, the researchers

constructed a new narrative as part of the treatment of the material produced in the interviews. This process followed the argumentation nuclei that were gradually “weaved” to one another, together with the researchers’ remarks, in an attempt to reproduce the natural come-and-go of the participants’ report, their self-questionings, amazements, enchantments, agreements, disagreements. After the first construction, the text was read again many times, the argumentation nuclei were checked and the transcribed reports were revisited until the narrative succeeded in integrating, consistently, the material produced in the interviews.

To outline the process of joining the argumentation nuclei of the interviews to construct the narrative, Table 2 provides an example of how the material produced in the interviews was used to compose a fragment of the narrative. It is important to explain that, due to space limitations, some of the interviews in which there is reference to the cited argumentation nuclei were not included.

Table 2. Example of construction of a fragment of the narrative

Interviews	Narrative
I1 [...] in the afternoon, I do some activities at home, because the University doesn’t have much space for teachers [...]	The majority of us take work to do at home because we do not have a reserved space here to work in, mainly when our activities demand
I3 [...] the part in which we have to stop, think and read, this part we end up, at least I end up doing at home. [...] the teachers’ room, where I stay, I stay there with three or four other teachers, depending on the day [...] we’re working here and suddenly the Internet is slow, then there’s no Internet connection, the power goes out.	concentration, like reading, writing articles, reports, and preparing for classes. Some courses have one room to all the teachers; some teachers share rooms with 2, 3 or 4 colleagues. Can you imagine two, three teachers in the same room, one trying to supervise his students, the other trying to prepare for a class, and the third discussing a project with a colleague? Some activities simply cannot be developed here, in the physical space of the university. People going in and out all the time...
I11 [...] the Internet system is bad or even horrible [...] to print copies, you must have printing quotas [...] when your quota hasn’t ended, they’ve run out of paper. [...] then, when you receive more paper, there is no toner [...].	And the problem is not only physical space! Technology also hinders our work. The Internet does not function properly, sometimes there is no connection, or the Internet stops working. There are periods in which,

116 <p>[...] I stay here in the morning, teaching classes, writing projects and assisting my students, and in the afternoon I need my time, I need to stay at my room, in my house, to prepare for my classes, to concentrate [...].</p>	<p>when the Internet is OK, the telephone is not... The power goes out; when the telephone and the Internet are functioning, there is no paper; when there is paper, there is no toner; when there are both, we have already exceeded the quota.</p>
--	--

Created by the authors.

It is important to highlight that, in this construction process, in addition to the care that was taken not to manipulate the informants' voice, there was a significant concern about the researchers' bonds with the interviewees and also with the organizational context, as some are employees of the institution. One of them works in a sector related to workers' health and is a student of a Master's program in which some of the interviewees work as teachers. These implications emphasized, even more, that the researchers needed to assume a sensitive and receptive attitude towards the material that was constructed by the participants during the interview, listening attentively to the peculiarities of each narrative and not taking what was familiar for granted¹⁵.

An additional challenge was to transform more than 200 pages of individual reports into a single text of 15 pages that included all the relevant elements of the collected material, in order to favor its collective reading¹⁵ in the validation group.

After the narrative was finished, it was presented to the same teachers who had participated in the interviews, as they accepted to share a second meeting, now collective and organized as a validation workshop, in which the discussion was triggered by the narrative constructed by the researchers.

In this workshop, after pens and copies of the narrative were provided for everybody, the participants were invited to make a collective reading, highlighting, in the text, the points they would like to deepen, change or clarify. After the reading, the discussions about the highlighted points started, and they revealed that the participants agreed and identified with the presented content. Thus, it was possible to deepen some aspects. The workshop was also audio-recorded and the researchers made notes that were included at the end of the transcribed text, just like in the interviews.

The organization of the workshop followed the proposal of participatory design of

the studies carried out by Onocko-Campos¹⁵, who calls this type of meeting hermeneutic group. The purpose of the hermeneutic group is to validate the researcher's production and generate intervention effects.

These intervention effects were especially interesting in the workshop, as the participants showed they identified with their stories when they heard them through an integrated collective of stories, which reflected not only their experience, but also other relevant elements to the understanding of the context in which they were included. As expected, they reported they identified, in the narrative, with elements they remembered to have reported in the interviews. However, they also identified with elements they had not reported, which were included by their colleagues or by the researchers – based on their observations during the interviews.

Thus, they highlighted points about which they agreed and disagreed with their colleagues, points in which they put themselves in the others' shoes to try to understand parts of the report with which they did not identify, points that made them engage in the debate about the vicissitudes of the teachers' work at the institution, suggesting alternatives, drawing analogies, and using metaphors that enriched and deepened the discussion. This dynamics emphasized the importance and potential of this moment, recognized by the participants themselves.

The participants were informed that as many workshops as they deemed necessary could be carried out until they considered that the narrative was finished. However, at the end of this one, which lasted approximately two hours and thirty minutes, the teachers considered that the process was complete and there was no need for other meetings.

Finally, the construction of the narrative was complemented by the changes suggested by the workshop participants and integrated a thesis, as part of the produced material was used in its analysis and in the development of didactic-pedagogical materials related to the investigated theme.

Final remarks

At the end of the process described here, the potentiality of narratives as a methodological course in qualitative health research became even more evident.

Furthermore, it is possible to visualize the interactive and catalytic potential of the didactic-pedagogical materials that narratives will help to develop.

Even so, it is important to highlight that the complexity of the path, the delicacy of the relationships involved, and the care with which ethical issues and the validity of the products are dealt with are concerns intensified by doubts that emerge as the work is performed, and also by reading the few references about the construction of narratives as an interpretive resource in qualitative research.

In this context, it is important to emphasize that it was not easy to the researchers, aware of their involvement with the object of study, not to take for granted what was familiar to them, being cautious not to create, but to choose to make selections and place emphases in order to fulfil the objective of the study. The choice, in this study, was to deepen and validate these selections and emphases, in a movement of densification. This choice implied leaving aside elements that might be significant to the subjects of the study. Likewise, it is probable that the narrative plot would be different if other theoretical choices had been adopted for the analysis and understanding of the approached phenomena. There is, in this, an inherent and recognized risk and, at the same time, an action of facing uncertainties.

In addition, this study, because of its nature, enabled the participants, while they were building their narratives, while they were bringing their reports to life, while they were telling their stories, while they were sharing their experiences, to reflect on their insertions and practices. In this movement, they had the opportunity to transform themselves and to modify their daily relationships, in a process of mediation “between what is ‘internal’ and what is ‘external’ to the ‘self’, in the being-in-the-world relation”¹ (p. 1068). However, these possible transformations were not exhaustively explored in this study, even though they were considered significant.

Therefore, we aimed to describe, in detail, the methodological course taken during the construction of a narrative and the few references that helped us in this process, without intending to conclude the issue or indicate a path that excludes other possibilities, as narratives can be useful in different contexts. Thus, it is necessary to rethink this process of construction, considering its limits and potentialities.

Collaborators

Nauristela Ferreira Paniago Damasceno, Edson Malvezzi and Cibele de Moura Sales participated actively in the design of the project, in the discussion of the results, and in the review and approval of the final version of the text. Antonio Sales contributed to the discussion of the results and participated in the review and approval of the final version of the text.

References

1. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1065-76.
2. Bruner J. The narrative construction of reality [Internet]. *Crit Inq*. 1991 [citado 8 Nov 2015]; 18(1):1-21. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1343711>.
3. Bruner J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
4. Bolívar Botía A. “¿De nobis ipsis silemus?”: epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación [Internet]. *Redie*. 2002 [citado 2015 Nov 10]; 4(1). Disponível em <http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>.
5. Cunha MI. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino [Internet]. *Rev Fac Educ*. 1997 [citado 2 Set 2015]; 23(1-2):185-95. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/59596>.
6. Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev Bras Prom Saude*. 2003; 16(1-2):59-66.
7. Costa GMC, Gualda, DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2010; 17(4):925-37.
8. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*. 1995; 29(1):63-74.
9. Moraes CJA, Granato TMM. Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte. *Psico*. 2014; 45(4):475-84.
10. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-6.
11. Malvezzi E. *Contribuições da gestão da clínica para implantação de rede de atenção à saúde no SUS [dissertação]*. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.
12. Polkinghorne DE. Validity issues in narrative research. *Qual Inq*. 2007; 13(4):471-86. doi: 10.1177/1077800406297670.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1998.
14. Gadamer HG. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes; 1997.
15. Onocko-Campos RT. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.

16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica [Internet]. Cad Saude Publica. 2011 [citado 07 Set 2015]; 27(2):388-94. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003).

Translated by Carolina Ventura

Percepção de risco como estratégia de convívio comensal com jovens órfãos pelo HIV/AIDS em São Paulo, SP, Brasil

Sueli Aparecida Moreira^(a)
Ivan França Junior^(b)
Michelle Jacob^(c)
Alicia Cabral^(d)
Laura Alves Martirani^(e)

Moreira SA, França Junior I, Jacob M, Cabral A, Martirani LA. Commensal meetings strategies regarding youth orphaned by HIV/AIDS in São Paulo, SP, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):141-52.

Within the HIV/AIDS context, commensal strategies are agreed upon by the families aiming to reduce risks. With the objective of identifying risk perceptions in the commensal meetings, we developed a study with youth orphaned by AIDS. Interviews produced data through questions regarding daily life. The Wright Mills' proposal about intellectual craftsmanship was used for analysis. In this approach subjects are considered historical and social actors. The strategies used from risk perception of HIV/AIDS were assumed as agreements by the families to ensure social interaction. It was observed that strategies include restrictions for touching and body contact; separation of dishes and disposal of food touched by the HIV-positive. The risk perception found may be due to variability of scientific findings and beliefs, thus reinforcing the process of stigma and discrimination.

Keywords: Commensality. HIV/AIDS. Risk perception. Orphaned young.

No contexto do HIV/AIDS, estratégias comensais são acordadas pelas famílias para reduzir riscos. Com o objetivo de identificar percepções de risco nos convívios comensais desenvolveu-se estudo qualitativo com jovens órfãos pela AIDS. Os dados foram obtidos durante entrevista com questões sobre o cotidiano. Utilizou-se a proposta de Wright Mills do artesanato intelectual, na qual os sujeitos são considerados atores históricos e sociais. As estratégias mediante a percepção de risco ao HIV/AIDS foram consideradas acordos pactuados pela família para assegurar a interação social. Foi possível observar que as estratégias incluem a restrição do toque e do contato corporal; separação de utensílios e inutilização da comida tocada por soropositivos. A percepção de risco pode ser decorrente da inconstância dos achados científicos e de crenças que reforçam o processo de estigma e discriminação.

Palavras-chave: Comensalidade. HIV/AIDS. Percepção de risco. Jovens órfãos.

^(a) Departamento de Turismo, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil. 59072-970. suelimoreira@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ifjusp@gmail.com

^(c) Departamento de Nutrição, UFRN. Natal, RN, Brasil. michellejacob@outlook.com.br

^(d) Hospitalidade, Segurança Alimentar e Identidade Cultural (HIDEAS), Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UFRN. Natal, RN, Brasil. aliciacabral27@gmail.com

^(e) Departamento de Economia, Administração e Sociologia, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, USP. Piracicaba, SP, Brasil. lauramar@usp.br

Introdução

“Chegue bem perto de mim. Me olhe, me toque, me diga qualquer coisa.
Ou não diga nada, mas chegue mais perto”.
(Caio Fernando Abreu)

É verdade que a sociabilidade não é apanágio apenas da espécie humana. A propensão humana à socialização é uma herança primata, parte da evolução dos antropóides como um todo¹. Achados arqueológicos na Morávia, oriente da República Tcheca, de pouco mais de 30.000 anos, evidenciam que, naquela época, os homens já cozinhavam². Com o manejo do fogo, entre 2,5 a 1,9 milhões de anos, a organização social foi moldada em torno do seu domínio³, tornando comuns reuniões ao seu redor, onde, cara a cara, as pessoas conversavam, riam e compartilhavam a comida. Mas, essas atitudes eram pouco usuais, visto que contatos, como o olhar nos olhos e exposição da arcada dentária, são atitudes hostis entre animais².

Olhares e sorrisos em comensalidade detêm, hoje, outra significação. Compartilhamos comida para marcar rituais de passagem, comemorar, mostrar gratidão: *El que no es paga en diners es paga en dinars*, versa o ditado catalão, para marcar socialmente os grupos e selar negócios. Os rituais comensais abrangem desde a escolha do cardápio à lista de convidados, o servir e o partilhar. Nos bastidores da cozinha, configuram-se acordos estratégicos do grupo familiar; da mesma forma, a comensalidade na escola tem amplo significado social para a formação humana⁴.

As estratégias comensais funcionam como formas de autorregulação da pessoa em relação a outras pessoas e coisas⁵. Acordos são previamente pactuados entre comensais para advertir sobre algum cuidado ou evitar riscos desnecessários: Separe os pratos de Maria! Ela está com hepatite. Não comprarei naquele mercado: As pessoas são sujas! “A estratégia de evitar o contato no convívio é uma das formas de “preservação da fachada no ritual de interação social”⁶ (p. 20).

Nos convívios com soropositivos para HIV/AIDS, acordos estratégicos são estabelecidos, muitas vezes de forma não verbal, com o intuito primário de reduzir riscos aos membros soronegativos. Acordos restritivos no convívio doméstico com soropositivos têm sido documentados em vários países da África. Estudo em Gana com soropositivas registrou que a restrição em partilhar refeições é interpretada como humilhação e reforça o sigilo do diagnóstico⁷. Em Botsuana, Letamo⁸ notou, em amostra de 448 adolescentes, que 70% deles não comprariam hortaliças de vendedor soropositivo⁸.

No Brasil, Ayres⁹ documentou separação de utensílios de cozinha por parte de familiares e atribuiu aos processos de estigma e discriminação. A marginalização social, além de elementos da corporeidade e atributos do caráter, são dimensões conceituais do estigma¹⁰. A percepção de risco em comensalidade no contexto do HIV/AIDS foi observada por Moreira (2014)¹¹ em amostra de 261 jovens órfãos pela AIDS: 40% deles atribuíram algum risco em comer no contexto do HIV/AIDS.

A expressão ‘percepção de risco’ reflete a experiência do corpo como campo criador de sentidos, não apenas uma representação mentalista, mas um acontecimento da corporeidade e, como tal, da existência¹². Essa perspectiva fundamenta-se na análise fenomenológica de Merleau-Ponty¹³, na qual “a percepção está relacionada à atitude corpórea e se apoia no movimento; os movimentos acompanham nosso acordo perceptivo do mundo. As sensações associam-se aos movimentos e cada objeto convida à realização de um gesto”¹³.

Conceitos antropológicos sobre o risco, nas últimas décadas, compartilham da ideia de que “o risco é socialmente construído”¹⁴. O que algumas sociedades consideram como um objeto de medo e incerteza não é, necessariamente, verdadeiro para outras. Os seres humanos lidam com o risco através de lentes da percepção, filtrando-o por meio de significados socioculturais:

Os indivíduos, por sua parte, como sempre, gerenciam os riscos de maneira coletiva ou individual e tentam responder a eles de um modo racional. Assim, por exemplo, frente à possibilidade de que certos alimentos possam estar contaminados, as pessoas podem deixar de consumi-los, total ou parcialmente, temporal ou definitivamente¹⁴. (p. 374)

A definição do termo risco reflete tanto a dinâmica de uma sociedade propensa à mudança, mas que deseja determinar seu próprio futuro em vez de confiá-lo à religião, à tradição ou aos caprichos da natureza. A sociedade moderna caracteriza-se não só pela sua capacidade de produzir riqueza, mas, também, pela habilidade de criar/manipular riscos (*manufactured risk*) por meio do sistema produtivo.¹⁴ Os riscos aliam-se às incertezas advindas da inconstância dos achados científicos, fruto da reflexividade moderna^{15,16}.

Em *Risk Society*, Beck¹⁷ analisou riscos em termos globais e presumiu o efeito da modernidade em dois processos históricos. O primeiro deles relacionou à industrialização, projeção da sociedade de massa e estrutura social centrada na família; enquanto, no segundo, denominado modernidade reflexiva ou sociedade do risco, previu intensa globalização, inovação tecnológica, ruptura do núcleo familiar e individualização. Pressupôs catástrofes ecológicas, crises financeiras, terrorismo e guerras preventivas. Em segurança alimentar, *Food Safety*, preconizou a crise de confiança em critérios, regras, instituições e produção científica em relação ao consumo¹⁷.

A instabilidade científica, padrão de consumo supérfluo e instantâneo, caracteriza a modernidade líquida¹⁸. A identidade vincula-se ao acúmulo de bens, satisfação pessoal momentânea, fobias e expectativas em relação ao novo. Percepções de risco no consumo (neofobia e neofilia) caracterizam o 'paradoxo do onívoro'. A 'gastro-anomia' tem lacuna ética, códigos nutricionais imprecisos e insegurança alimentar¹⁹.

A teoria cultural do risco envolve apreender o mesmo de acordo com nosso sistema de valores e crenças e a nossa posição social e pessoal²⁰. Esses valores – variáveis ao longo do tempo – são organizados em sistemas complexos adquiridos pela socialização ou aculturação, e acabarão por determinar se um comportamento ou objeto é preferível ou não. Assim, cada cultura estabelece o limite do risco aceitável²⁰.

Os limites aceitáveis do risco são definidos por meio de acordos estratégicos de convivência. Esses acordos acobertam inconvenientes. Segundo Norbert Elias⁵, o avanço da divisão das funções e da civilização, em certos estágios, é crescentemente acompanhado pelo sentimento dos indivíduos de que, para manterem suas posições na rede humana, devem deixar fenecer sua verdadeira natureza. Há uma pressão exercida pela sociedade sobre o indivíduo, que o força a violentar sua verdade interior. Ocorrem formas de autorregulação da pessoa em relação a outras pessoas e coisas⁵. A palavra pessoa deriva do latim *persona*, e diz respeito às máscaras e ao teatro. *Persona*, em sua origem, era o espaço que ficava entre a máscara e o rosto, referindo-se a um vazio que era preenchido com um fingimento do ator²¹.

A convivência requer acordos estratégicos para acomodar percepções de risco em interações sociais. Nessa direção, esquivar-se da proximidade é uma das estratégias adotadas em rituais imprescindíveis de sociabilidade, como as refeições. Estratégia de evitar o contato, de acordo com Goffman⁶, pode ser parte da encenação para lidar com ameaças ao convívio de fachada, conforme argumenta o mesmo sobre a necessidade de realizar as transações delicadas por meio de intermediários: "[...] Em muitas sociedades, os membros conhecem o valor de voluntariamente realizar uma retirada graciosa antes que uma ameaça à fachada possa ter chance de ocorrer.⁶ [...] Nossa fachada, então, é uma coisa sagrada, e a ordem expressiva necessária para mantê-la é, portanto, uma ordem ritual⁶ (p. 22).

Em rituais em torno de alimentos, entra em jogo o valor social positivo que um indivíduo reivindica para si mesmo, uma espécie de linha de conduta ou noção de fachada⁶.

Compartilhar comida é uma representação concreta de um grupo social – um encontro – que se estabelece face a face²². "Es necessário, por lo menos, ser dos para ser humano"²³ (p. 42). Há a necessidade de acordos ou estratégias que pautarão a vida em sociedade. Em contatos face a face, a pessoa tende a desempenhar um padrão de atos verbais e não verbais com o qual ela expressa essa linha – opinião e avaliação dos outros e de si mesma. Máscaras e convívios de fachada são atributos da ordem social. Manter a fachada é uma condição do ritual de interação⁶. Evitar o contato é sempre uma ameaça ao ritual da refeição. Quais seriam as percepções de riscos identificadas pelos jovens em relação ao consumo de alimentos no contexto do HIV/AIDS? Quais seriam as estratégias adotadas para manter a ordem dos convívios comensais? O que os jovens pensam a respeito desses supostos acordos?

Método

Os sujeitos foram selecionados por meio dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs) em DST/AIDS do município de São Paulo. Os SAEs facilitaram o contato com escolas, creches e Organizações não Governamentais (ONGs). Contatado o primeiro jovem, foi aplicado o princípio livre de indicações. Entrevistaram-se 19 jovens órfãos pela AIDS e uma cuidadora de 63 anos. As questões sobre percepção de risco emergiram no decorrer dos depoimentos. Os jovens tinham entre 15 e 22 anos, sendo 12 do sexo feminino e sete do masculino; todos eram órfãos de mãe, de pai ou de ambos; quatro deles eram soropositivos para o HIV/AIDS.

Utilizou-se um roteiro-guia com questões-chave sobre o cotidiano dos órfãos. As entrevistas foram realizadas em privacidade e foram gravadas em mídia analógica, sendo convertidas em mídia digital. Para análise, o *corpus* transcrito foi percorrido em busca de discursos que versassem sobre as estratégias durante os convívios comensais. “Os fragmentos encontrados foram ordenados sob a perspectiva do artesanato intelectual de Wright Mills”²⁴ (p. 21). O artesão intelectual é “livre para aprender com seu trabalho, e para usar e desenvolver suas capacidades na execução dele”²⁴ (p. 59). “Evita todo conjunto rígido de procedimentos para uma compreensão completa das estruturas sociais em que os ambientes estão organizados. Faz uso de perspectivas e materiais, ideias, métodos e todo e qualquer estudo sensato do homem e da sociedade”²⁴ (p. 56). “Tenta compreender homens e mulheres como atores históricos e sociais”²⁴ (p. 58).

A pesquisa foi realizada de acordo com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução CNS 466/12 do Ministério da Saúde, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública.

Resultados e discussão

Percepção de risco em estratégias de convívios no contexto do HIV/AIDS

Viver na modernidade é viver sob o risco. Pensar em termos de risco e estimativas de risco é um exercício permanente¹⁶. Em decisões de consumo, a alimentação não foge à regra. Na Europa, as discussões que transitam pelo campo da segurança alimentar – superado o perigo da fome – passam a girar em torno da inocuidade da comida: os alimentos devem ser livres de riscos para a saúde.¹⁴

Se recomiendan medidas de evitación, se investiga y se aplican técnicas de manipulación específica, de conservación [...] aumentan las incertidumbres y las dudas acerca de lo que comemos y de los posibles riesgos que puede entrañar nuestra comida, es decir, los daños potenciales/probables para nuestra salud¹⁴. (p. 372)

No contexto pós-industrial, onde impera a pressa e a individualização, as pessoas comem “evitando trocar olhares com os que estejam por perto”²⁵ (p. 45). O alimento é sagrado e deve, também, ser puro, limpo e inviolado. Atravessa o limite da boca, pode alimentar ou contaminar o indivíduo que o consome: qualquer coisa que nos é apresentada como comestível, mas que percebemos ser impura em qualquer sentido, de imediato nos repugna²⁶. Pois o que nós comemos torna-se, literalmente, parte de nós²⁷.

Ao comerem juntas, as pessoas ganham mais importância do que a comida; comer junto implica seletividade²⁶. Pertencimento familiar e solidariedade duradoura são frutos de relações contínuas com demonstrações de afeto e cuidado. “A família é construída por contatos, por afinidade, assim como as relações sociais”²⁸ (p. 77). Comer em família tende a ser mais saudável e mais adaptável do que comer sozinho ou com estranhos^{29,30}.

As restrições são geralmente pautadas pela perspectiva do indivíduo saudável. Frente à percepção de risco, o corpo saudável distancia-se, afasta-se do corpo doente³¹. Por intermédio dos meios de comunicação, são difundidos os modos de transmissão do vírus. Tocar pessoas soropositivas, abraçá-las, beijá-las ou usar os mesmos utensílios de mesa (talheres, pratos ou copos) são situações que

não oferecem riscos de transmissão. Também o sabem famílias que convivem com a enfermidade cotidianamente. Crença e ciência são ambivalentes na percepção de risco.

No contexto do HIV/AIDS, as percepções de risco foram registradas no ambiente doméstico devido à manipulação ou toque do alimento por parte de soropositivos; em relação a comer ou aceitar alimento proveniente da casa de portador, e na recusa ao convite para festa de aniversário. No ambiente público ou na escola, a percepção de risco foi observada na estratégia de separação do bebedouro e no isolamento de comensal na hora do recreio.

Estratégias de familiares para organização da vida compartilhada

Utensílios de mesa são separados:

“Meu pai [falecido] estava ficando um tempo na casa dela [a tia]. Ela brigava muito com ele. Tipo copo, prato, talher, tudo separado. O dele é o dele. O meu é o meu! Era tudo separado: cobertor, talheres, copos, prato, tudo, tudo separado”. (Olga)

“Ela [a tia] acha que comer na mesma colher que a pessoa come, vai pegar. Isso não, porque eu comia na mesma colher que minha mãe e graças a Deus não deu nada. Ela tem esse medo, por isso que ela é preconceituosa desse jeito”. (Joana)

A comida é descartada pelo fato de ter sido tocada pelo enfermo. Gabriel [soronegativo] relata que já vivenciou desrespeito e discriminação em casa devido à soropositividade da mãe, sobretudo, por parte da avó, que dizia não querer que ela tocasse nas comidas. Verificamos uma ocorrência extrema na narrativa de Fátima, na qual apenas o contato de sua mãe [soropositiva] com os utensílios de mesa era razão para nojo ou para inutilizá-los. Mesmo o toque da cuidadora da mãe [uma tia soronegativa] com os alimentos no momento do preparo era suficiente para que fossem descartados como lixo.

“A minha tia num podia fazer um prato de comida pra minha mãe levar pra casa que meu primo, se o prato voltasse, jogava o prato fora. É porque minha mãe tinha comido ali, no caso. Minha tia achava aquilo um absurdo. Até da mãe dele, ele tinha nojo, sabe? Porque minha tia fazia uma comida, e colocava num prato e se relasse o dedo no arroz já num queria mais comer aquela comida, entendeu?” (Fátima)

Celina recorda: “Teve um dia que eu peguei o sorvete da minha irmã [soropositiva]. Minha avó olhou assim pra minha cara, com raiva”.

O toque é evitado:

“Meu tio ele é assim. Ele tem certo preconceito [sobre o HIV]. Ele é natural com a minha irmã [órfã soropositiva]. Ele é assim. Ele é normal com a minha irmã, mas assim, ele não pega nada dela, nada mesmo. Ele não gosta de encostar nela”. (Celina)

Estratégias para evitar o contato também foram notadas no relato de Joana, sobre a tia:

“Ela tem nojo. Ela acha que vai passar para ela. Porque ela acha que pega, qualquer besteira pega. Acha que tem jeito certo para pegar. Ela acha que do vento, qualquer coisa já vai pegar nela. Mas, pra mim isso é besteira”. (Joana)

Estes achados são consistentes com Ayres et al.⁹, que revelou cuidados familiares na alimentação, com separação de utensílios para uso exclusivo do portador do HIV/AIDS. Também reiteram os resultados de Moreira¹¹ sobre impactos do estigma na comensalidade (oferta e recusa de alimentos) com soropositivos¹¹.

Estratégias restritivas e impeditivas aos convívios em público na escola

As restrições funcionam como estratégias para ajustar comportamentos inapropriados na hora das refeições e, sobretudo, para evitar aproximações corporais – estabelecer limites seguros – durante consumo compartilhado.

No âmbito público ou nos convívios da escola

Restrições impeditivas aos convívios, tais como impedimento ao uso do bebedouro e separação de soropositivo na hora da refeição na escola, foram relatadas:

A separação do bebedouro em espaço público da escola, estratégias para evitar o contato corporal entre sorodiscordantes: “Teve uma época que eu dei uma entrevista, o pessoal viu. Aí cheguei na escola, fui tomar água no bebedouro. Eles separaram o bebedouro. Todos os professores, os alunos. Todo trabalho em grupo eu faço sozinho”, confessa (Humberto [soropositivo]).

Comer separadamente na escola foi relatado por Penélope. Ela contou que sua irmã menor, também soropositiva, recebe tratamento diferenciado na escola pelas: “diretoras e coordenadoras [que tem duas diretoras]; as tias da cozinha buscam ela na sala, pra descer ela pra cozinha pra comer, entendeu? Chamam ela antes das demais crianças e não fala pra quê”.

Estratégias restritivas como fruto das incertezas da reflexividade moderna

Individualização e isolamento reiteram a sociedade do risco e a modernidade líquida^{17,18}. Pessoas são vistas como potenciais agentes de risco: dentro das paredes visíveis dos guetos, ou atrás das invisíveis, mas não menos tangíveis proibições da comensalidade, do convívio e do comércio; ‘purificar’ – expulsar os estranhos para além das fronteiras do território administrado¹⁸.

A despeito de campanhas públicas de esclarecimento sobre formas de transmissão do HIV, o estigma do HIV/AIDS permanece de distintas formas em todo o mundo. A reclusão corporal é o retrato mais expressivo dessa percepção³¹. Conforme percebemos nos relatos acima transcritos, comportamento semelhante foi observado nesta pesquisa. Letícia, insatisfeita com a realidade da discriminação, indica a falta de informação como uma de suas causas:

“Acho que hoje as pessoas pensam assim: não pode estar muito perto de uma pessoa com HIV, porque passa, porque pega. É falta de informação porque a pessoa não conviveu. Só temos acesso às informações quando passamos por determinados problemas. Uma pessoa que nem sabe, só sabe que essa doença mata e que ela é transmissível, então vem na cabeça da pessoa: se eu tocar em você, eu vou pegar HIV”. (Letícia)

Aqui a jovem órfã justifica a falta de informação daqueles que não conviveram com a realidade de HIV/AIDS, o que não seria o caso dos familiares de pessoas com diagnóstico para soropositividade. Apesar do entendimento da órfã que justifica o preconceito devido à falta de convivência, constatou-se que o preconceito foi notado, nos convívios, mesmo entre aqueles que conheciam a forma de transmissão.

Refletir sobre estratégias inclusivas em convívios urbanos requer considerar a ideia de sociedade do risco, cujo modo de vida pactua com a dinâmica da modernidade líquida¹⁸, que rejeita a ideia de deter-se ou aprofundar-se. A vida líquida retrata a busca instantânea de satisfação pessoal que não admite qualquer ideia de desconforto que lhes roube o prazer imediato e supérfluo. Conceber a ideia de risco requer refletir sobre: estilo de vida, angústias e incertezas de identidades superficiais; modos de produzir isentos de lastro. Pensar a dinâmica dos convívios e seus modos de consumo requer discussões éticas e temáticas inclusivas nos espaços sociais.

Recusa de alimentos provenientes da casa

Conforme relato da cuidadora de órfã soropositiva, os alimentos trazidos de sua casa somente serão aceitos, pelos familiares, caso estejam com embalagens fechadas: “Eu tiro isso pela minha nora, ela não come e não bebe nada que esteja assim, aberto. Se eu levar pros meus netos [...] ela fala: Põe na geladeira! Aí eu viro as costas ela joga no lixo”. “É o feijão, é o açúcar, é o arroz, é o óleo, então tudo isso está fechado, mas se eu mandar aberto assim, não! Aberto, não.”

As pessoas que visitam a casa também recusam alimentos: “Então, muitas vezes estou fazendo o almoço, às vezes a gente vê que é aquela comida que as colegas gostam, aí vai oferecer. Ai não, não quero, já almocei! Bebe água porque sai da torneira, bebe o refrigerante porque a garrafa está fechada. Mas se estiver aberta já não quer tomar, entendeu?” (Veridiana, 63 anos, soronegativa)

As incertezas sobre saúde e segurança alimentar são decorrentes da falta de consenso científico sobre os riscos e da reforma contínua das práticas sociais¹⁵⁻¹⁷. As recomendações nutricionais tendem a oscilações desconfortáveis para as populações a quem se dirigem. Um alimento vai de vilão a mocinho, ou de mocinho a vilão, num piscar de olhos: fibras, ovos, tomate já experimentaram ambos os papéis, fruto da reflexividade moderna: Ovos eram bombas de colesterol. Não eram apenas desaconselháveis, eram mortais. Você podia calcular, em dias, o tempo de vida perdido cada vez que comia uma gema³².

Cientistas e médicos definem seus consensos e os divulgam para a sociedade, mas não transmitem segurança, pois as opiniões mudam rapidamente e/ou representam interesses corporativos. Achados inéditos sofrem influência midiática e são rapidamente substituídos, e isso fomenta especulações e inseguranças no cotidiano onde se dão os convívios^{17,33}. Na incerteza, privilegiam-se as experiências como ‘sólidas’, fruto do conhecimento empírico^{15,16}. O alimento representa um grande risco, pois, ao transpor a fronteira entre o mundo exterior e o corpo, pode contaminá-lo, transformá-lo¹⁹.

O conhecimento sobre formas de transmissão de HIV/AIDS enunciado hoje poderá, amanhã, ser diferente. Nesse caso, o melhor a fazer – pensaria, talvez, aquele que convive com um familiar soropositivo – é precaver-se de todas as formas de contágio: ‘É melhor prevenir do que remediar,’ porque, afinal, ‘o seguro morreu de velho’, rezam as máximas populares. Estratégias de convívio com advertências à mesa dificultam os rituais de alimentação. Restrições provocam diferenças³⁴. A recusa em comer na companhia de determinada pessoa pode ser interpretada como um sinal de hostilidade. Aquele que recebe a restrição sente-se ‘o diferente’. No contexto da família: Não comer da mesma comida equivale a ser excluído do parentesco.

Estratégias seletivas de rituais devido ao estigma

O estigma é compreendido, segundo Goffman¹⁰, como demandas feitas em relação ao caráter que imputamos ao indivíduo, numa caracterização ‘efetiva’ que só é possível pela experiência de corporeidade. A percepção de risco em contextos do HIV/AIDS decorre de atributos (corpo, caráter, *status* e marginalizações) que afetam as dimensões biológicas (natureza do que se come) e sociais (com quem e de que forma, estrategicamente são feitos os acordos) para organizar a refeição partilhada.

O corpo, no contexto do HIV/AIDS, desencadeia o “retrospecto potencial”, expressão utilizada por Goffman¹⁰ para se referir à identidade imaginária. Em face dos diferentes, ocorrem as conjecturas da percepção de risco que alimentam o “retrospecto”. A qualidade do indivíduo restringe-se à observação de condutas e de movimentos corporais que negam a identidade original: “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída”¹⁰ (p. 12).

A corporeidade em HIV/AIDS é um dos aspectos no processo de estigma pois, para Goffman¹⁰, não é a presença do atributo depreciativo que configura o estigma, mas como se operacionalizam as relações; trata-se de “uma linguagem de relações e não de atributos”¹⁰ (p. 13).

Falta de familiares em festa de aniversário

Estratégia corretiva, mediante a falta de familiares convidados à festa de aniversário, foi evidenciada no relato da avó-cuidadora de órfã soropositiva. Ela nos conta a respeito desse evento:

“Minha neta fez aniversário, então os meus netos não vieram. Fizemos uma festa pra menina, eu me achei na obrigação, como eles não vieram, eu tirei um pedaço do bolo e fui levar. Passei a tarde lá com minha nora, as crianças e levei o bolo. [...] Ela mandou o menino por na geladeira. [...] na quarta-feira, a outra minha sobrinha foi na casa dela. Ela havia jogado o bolo fora. Do jeito que eu levei, ela jogou no lixo”. (Veridiana)

Do ponto de vista do indivíduo que desempenha o papel de anfitrião, estratégias restritivas reforçam o processo de estigma¹⁰. Do ponto de vista do ritual, em contato face a face, a pessoa tende a desempenhar um padrão de atos verbais e não verbais com o qual ela expressa uma linha – opinião, avaliação dos outros e de si mesma. Todos esses aspectos compõem o que Goffman⁷ denominou de “fachada” para manter os rituais sociais. Após interação malsucedida, tende a ocorrer a correção da fachada para restabelecer, pessoalmente, a ordem do ritual⁷.

Estratégias impeditivas como forma de controle social

Na ideia de percepção de Merleau-Ponty¹³, a visão de corpo vai além do fisiológico, está associada à experiência vivida. A compreensão de corpo não se reduz ao conhecimento anatômico, ao estado neural ou aos processos fisiológicos, abrange também o simbólico¹². Não há como separar corpo e experiência acumulada. Nesse sentido, negar o corpo equivale a negar a pessoa. Porque “o corpo é um modelo por excelência de qualquer sistema finito”³⁵ (p. 32). Pelo contato, o corpo estabelece seus limites, suas fronteiras. Como o corpo tem uma estrutura complexa, as funções das diferentes partes e as relações entre elas podem servir como símbolos a outras estruturas complexas. “O corpo é um símbolo da sociedade, e o corpo humano reproduz em escala reduzida os poderes e os perigos que se atribui à estrutura social”³⁵ (p. 32). Então, com o adoecimento do corpo, o social, o cultural e o relacional ficam comprometidos com o aparecimento da doença³⁶.

Na comensalidade (corpo, comida e companhia), encontram-se elementos de controle social e do risco à saúde^{37,38}. Então, as estratégias de convivência são acordadas com intuito de conviver com o doente, sem contactá-lo diretamente. Estratégias impeditivas de convívios significam humilhação e vergonha³⁷. Mesmo no tratamento de HIV/AIDS, não implicando restrição alimentar, é comum o emprego de alguma estratégia como medida de cuidado. Cuidados restritivos em relação a um membro podem gerar modificações para todos os membros, mesmo que não partam deles²⁹.

Os acordos perceptivos ocultam elementos da subjetividade e da historicidade, do diálogo, das tensões e das contradições¹³. A experiência perceptiva é uma experiência corporal¹². O corpo nega o contato – legitimado pela cultura. Valores morais são colocados em xeque quando alguém é identificado como soropositivo para HIV. Do ponto de vista moral, “o movimento se pauta pela conduta”³⁹ (p. 38).

É consenso entre eles que, anos atrás, a AIDS era algo mais distante do que atualmente. Pensava-se no continente africano como uma realidade distante que nunca tocaria a deles. Agora, depois de serem confrontados com esta realidade, eles aprenderam mais sobre a doença – os meios de contaminação, os cuidados –, mas a maioria concluiu que o preconceito ainda está longe de acabar; a sociedade trata o portador do vírus como um pária, alguém culpado de sua doença, conforme pontua o jovem Romeu: “morreu com AIDS, morreu culpado!”.

Mediante os relatos de restrições comensais, indagamos, aos jovens, sobre a forma de enfrentamento. Eles refletiram sobre o papel da AIDS na vida deles. Reportaram a um imaginário no qual conjugam a vontade de Deus e o tratamento médico. Na busca de conformidade, eles questionam se não seria necessária a doença – já que Deus a colocou em suas vidas –, enquanto a tecnologia médica foi criada pelo ser humano. A busca de explicação é mitigada entre tecnologia e

conhecimento científico, que se coadunam às crenças na vontade divina. “Essa doença, não é um defeito. É Deus. É ajudar a cuidar e lutar contra a doença”, aconselhou Judite.

O discurso retrata o fato de ter de lidar com questões como vida, morte, destino e vontade de Deus, mais cedo e mais objetivamente. Deus estaria agindo como uma grande força da natureza, responsável por destruir e desequilibrar seus mundos, ao colocar a AIDS em suas vidas. Para alguns, o vírus existiria apenas como uma forma de punição divina, algo que eles teriam de passar para se purificarem – alguns classificaram a doença, metaforicamente, como inferno.

A fenomenologia do corpo interpreta ações e reações; os movimentos acompanham nosso acordo perceptivo no mundo¹³. As sensações aparecem associadas aos movimentos e cada objeto convida à realização de um gesto, não havendo, pois, representação, mas criação, novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais¹³. E não seria diferente em relação ao contexto do HIV/AIDS.

Estratégias impeditivas ocorrem, pela teoria da percepção em Merleau-Ponty¹³, porque desaprendemos a conviver com a realidade corpórea, com a experiência dos sentidos, pois privilegiamos uma razão sem corpo. A percepção de risco convida o corpo à retirada, mas na corporeidade também está contida a expectativa moral da vida em sociedade. Fundamentos de caráter filosófico-religioso transformam-se em convicções usadas para eleger distintamente os convidados⁴⁰. Ao lidar com crenças, a moral imersa na cultura não é compreendida de forma consciente e transparente⁴¹. Está alocada, todavia, à estrutura do pensamento simbólico, sendo este da ordem do inconsciente⁴¹. No interior do corpo, são as possibilidades sociais e culturais que se desenvolvem: “O corpo metaforiza o social e o social metaforiza o corpo”³⁶ (p. 70). Na experiência retida, surge o saber corpóreo porque “todo conhecimento, todo o pensamento objetivo vivem desse fato inaugural que senti”³¹ (p. 184).

Considerações finais

No contexto do HIV/AIDS, a percepção de risco motiva as estratégias de convívios que podem afetar pelo menos duas dimensões do comportamento alimentar: a dimensão social do convívio e a dimensão biológica do consumo. Com base na literatura é possível concluir que o estigma se opera de maneira implacável à luz da teoria de Goffman, através de atributos do corpo, do caráter e da marginalização social.

Os acordos estratégicos são estabelecidos nos convívios comensais com jovens soropositivos sob a percepção do corpo enquanto agente contaminante. A presença física estimula o processo de estigma na iminente experiência corporal. Separar utensílios e inutilizar a comida são estratégias de organização da vida compartilhada, pautadas pela restrição do toque e do contato com o indivíduo soropositivo. As estratégias servem para preservar a fachada dos convívios e na distinção de comensais no âmbito público e privado. A percepção de risco se explica devido à inconstância dos achados científicos e de crenças que motivam a insegurança alimentar. Sob a perspectiva antropológica, a percepção de risco pode representar a exclusão do parentesco. São desejáveis estudos para investigar o efeito da corrente higienista-sanitarista e traços do discurso científico da época, no conhecimento popular.

Colaboradores

Sueli Moreira, autora do projeto, realizou a coleta dos dados, a discussão e revisão da versão final. Ivan França Junior e Laura Martirani orientaram a pesquisa maior e participaram da discussão dos resultados. Michelle Medeiros e Alicia Cabral participaram ativamente da discussão dos resultados e na revisão da versão final.

Referências

1. Foley R. Os humanos antes da humanidade: uma perspectiva evolucionista. São Paulo: Unesp; 2003.
2. Jones M. Feast: why humans share food? New York: Oxford University Press; 2007.
3. Roebroeks W, Villa P. On the earliest evidence for habitual use of fire in Europe. St. Louis: PNAS; 2011.
4. Morrison M. Sharing food at home and school: perspectives on commensality. *Sociol Rev.* 1996; 44(4):648-74.
5. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
6. Goffman E. Ritual de interação. Ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
7. Mill JE. Shrouded in secrecy: breaking the news of HIV infection to Ghanaian women. *J Transcult Nurs.* 2003; 14(1):6-16.
8. Letamo G. HIV/AIDS-related stigma and discrimination among adolescents in Botswana. *Afr Popul Stud.* 2004; 19:191-203.
9. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-40.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
11. Moreira SA. Ecologia dos convívios comensais de jovens órfãos pela AIDS em São Paulo [tese]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2014.
12. Nóbrega T. Merleau Ponty: o corpo como obra de arte. *Princípios.* 2000; 7(8):95-108.
13. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
14. Contreras J, Gracia-Arnáiz M. Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.
15. Giddens A. Mundo em descontrolo: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record; 2000.
16. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
17. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
18. Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
19. Fischler C. El (H) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama Editorial; 1995.
20. Peretti-Wattel P. Sociologie du risque. Paris: Armand Colin; 2000.
21. Couto M. E se Obama fosse Africano? E outras interinvenções. Lisboa: Caminho; 2009.
22. Sobal J, Bove CF, Rauschenbach BS. Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles. *Sociol Rev.* 2002; 50(3):378-97.
23. Todorov T. La vida en común: ensayo de antropología general. Madri: Taurus; 2008.
24. Mills W. Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
25. Fernández-Armesto F. Comida – uma história. Rio de Janeiro: Record; 2004.

26. Visser M. O ritual do jantar. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1998.
27. Bäckström A, Pirttilä-Backman AM, Tuorila H. Dimensions of novelty: a social representation approach to new foods. *Appetite*. 2003; 40:299-307.
28. Bestard J, Contreras J. La casa pairal en Catalogne urbaine. In: Gullestad M, Segalen M. *La famille en Europe*. Paris: Éditions La Découverte; 1995. p. 77-91.
29. Savoca M, Miller C. Food selection and eating patterns: themes found among people with Type II diabetes mellitus. *J Nutr Educ Behav*. 2001; 33:224-33.
30. Sobal J, Nelson MK. Commensal eating patterns: a community study. *Appetite*. 2003; 41:181-90.
31. Merleau-Ponty M. *Signos*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
32. Veríssimo LF. *A mesa voadora*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
33. Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987; 236(4799):280-5.
34. Silva VP, Cárdenas CJ. A comida e a sociabilidade na velhice. *Rev Kairós*. 2007; 10(1):51-69.
35. Douglas M. *Natural symbols – explorations in cosmology*. Harmondsworth: Penguin Books; 1973.
36. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
37. Figueiredo M, Fioroni L. Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estud Psicol*. 1997; 2(1):28-41.
38. Sobal J. Sociability and meals: facilitation, commensality, and interaction. In: Meiselman HL. *Dimensions of the meal: the science, culture, business, and art of eating*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000. p. 119-33.
39. Bimbela JL. *Sociologia del SIDA. Jóvenes y sexualidad en Andalucía*. Madrid: Siglo XXI de Espanã Editores S.A.; 2002.
40. Douglas M, Isherwood B. *The world of goods: towards an anthropology of consumption*. London: Routledge; 1996.
41. Amorós C. Ética y antropología. In: Sánchez CG; Carpintier JM. *La aventura de la moralidad*. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2007. p. 184-223.

Moreira SA, França Junior I, Jacob M, Cabral A, Martirani LA. Percepción de riesgo como estrategia de convivencia comensal con jóvenes huérfanos por VIH/SIDA en São Paulo, SP, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):141-52.

En el contexto del VIH/SIDA, las familias acuerdan estrategias comensales para reducir riesgos. Con el objetivo de identificar percepciones de riesgo en las convivencias comensales se desarrolló un estudio cualitativo con jóvenes huérfanos debido al SIDA. Los datos se obtuvieron durante entrevista con preguntas sobre el cotidiano. Se utilizó la propuesta de Wright Mills de la artesanía intelectual, en la cual los sujetos se consideran actores históricos y sociales. Las estrategias mediante la percepción de riesgo del VIH/SIDA se consideraron acuerdos pactados por la familia para asegurar la interacción social. Fue posible observar que las estrategias incluyen la restricción del toque y del contacto corporal, separación de utensilios e inutilización de la comida tocada por personas que son seropositivas. La percepción del riesgo puede ser consecuencia de la inconstancia de los hallazgos científicos y de creencias que refuerzan el proceso de estigmatización y discriminación.

Palabras clave: Comensalidad. VIH/SIDA. Percepción de riesgos. Jóvenes huérfanos.

Submetido em 20/05/16. Aprovado em 16/12/16.

Commensal meetings strategies regarding youth orphaned by HIV/AIDS in São Paulo, SP, Brazil

Sueli Aparecida Moreira(a)

Ivan França Junior(b)

Michelle Jacob(c)

Alicia Cabral(d)

Laura Alves Martirani(e)

(a) Departamento de Turismo, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil. 59072- 970. suelimoreira@yahoo.com.br

(b) Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ifjusp@gmail.com

(c) Departamento de Nutrição, UFRN. Natal, RN, Brasil. michellejacob@ outlook.com.br

(d) Hospitalidade, Segurança Alimentar e Identidade Cultural (HIDEAS), Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UFRN. Natal, RN, Brasil. aliciacabral27@gmail.com

(e) Departamento de Economia, Administração e Sociologia, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, USP. Piracicaba, SP, Brasil. lauramar@usp.br

Within the HIV/AIDS context, commensal strategies are agreed upon by the families aiming to reduce risks. With the objective of identifying risk perceptions in the commensal meetings, we developed a study with youth orphaned by AIDS. Interviews produced data through questions regarding daily life. The Wright Mills' proposal about intellectual craftsmanship was used for analysis. In this approach subjects are considered historical and social actors. The strategies used from risk perception of HIV/AIDS were assumed as agreements by the families to ensure social interaction. It was observed that strategies include restrictions for touching and body contact; separation of dishes and disposal of food touched by the HIVpositive. The risk perception found may be due to variability of scientific findings and beliefs, thus reinforcing the process of stigma and discrimination.

Keywords: Commensality. HIV/AIDS. Risk perception. Orphaned young.

Introduction

“Come close to me. Look at me, touch me, tell me anything.
Or do not say anything, but come closer”.
(Caio Fernando Abreu)

It is true that sociability is not only typical of the human species. “Human propensity to socialization is a primate heritage, part of the evolution of the anthropoids as a whole¹. Archaeological findings in Moravia, eastern Czech Republic dating back to slightly more than 30,000 years ago show that humans already cooked at that time². Having control of fire between 2.5 to 1.9 million years, social organization has been shaped around its domain³, so that face-to-face gatherings around the fire became common, where people talked, laughed and shared food. However, these attitudes were unusual, considering that eye contact and showing teeth are hostile attitudes between animals².

Today, looking at each other and smiling have a different meaning during meals. We share food to mark rituals of passage, to celebrate, to show gratitude: *El que no es paga en diners es paga en dinars*, as the Catalan saying, to socially mark groups and to seal deals. Dining rituals range from choosing the menu to the guest list, serving and sharing. Strategic deals by family groups are made behind the scenes in the kitchen; similarly, meals together in schools have broad social significance for human development⁴.

Commensal strategies function as ways to self-regulating people in relation to other people and things⁵. Agreements are previously made between those that eat together in order to warn about being careful or to avoid unnecessary risks: “Set aside Maria’s dishes! She’s got hepatitis.” “I won’t buy from that market, the people there are

dirty!” The strategy of avoiding contact in conviviality is one of the ways of “preserving the facade in the ritual of social interaction”⁶ (p.20).

Strategic agreements are established in coexistence with seropositive HIV/AIDS, often non-verbally, with the primary purpose of reducing risks to seronegative members. Restrictive agreements in the domestic community with HIV-positive people have been documented in several African countries. A seropositive study in Ghana found that the restriction on sharing meals is interpreted as humiliation and reinforces the confidentiality of the diagnosis⁷. In Botswana, Letamo⁸, it was found that from a sample of 448 adolescents, 70% of them would not buy vegetables from seropositive vendors⁸.

In Brazil, Ayres⁹ documented separating cooking utensils by family members and attributed this practice to the processes of stigma and discrimination. Social marginalization, in addition to the elements of corporeity and character attributes are conceptual dimensions of stigma¹⁰. The perception of commensality risk in the context of HIV/AIDS was observed by Moreira (2014)¹¹ in a sample of 261 young orphans from AIDS, where 40% of them attributed some risk of eating in the context of HIV/AIDS.

The 'term risk' perception reflects the experience of the body as a sensory field, not just a mentalist representation, but an event of corporeality, and as such, of existence¹². This perspective is based on the phenomenological analysis of Merleau-Ponty¹³, in which “perception is related to the corporeal attitude and relies on movement; movements follow our perceptual agreement of the world. Sensations are associated with movements and each object invites us to perform a gesture”¹³.

In recent decades, anthropological concepts about risk share the idea that “risk is socially constructed”¹⁴. What some societies regard as an object of fear and uncertainty may not necessarily be true for others. Humans deal with risk through lenses of perception, filtering it through sociocultural meanings:

Individuals, in their part, always manage risks collectively or individually, and try to respond to them in a rational way. Thus, for example, in the face of the

possibility that certain foods may be contaminated, people may stop consuming them, totally or partially, temporarily or definitively¹⁴. (p. 374)

The definition of the term risk reflects both the dynamics of a society prone to changes, but that also wishes to determine their own future instead of entrusting it to religion, tradition, or the whims of nature. Modern society is characterized not only by their ability to produce wealth, but also by their ability to create/manipulate risk (manufactured risk) through the productive system¹⁴. Risks are linked to the uncertainties arising from the inconstancy of scientific findings, the fruit of modern reflexivity^{15,16}.

In *Risk Society*, Beck¹⁷ analyzed risks on global terms and acknowledged the effect of modernity in two historical processes. The first of them related to industrialization, the projection of mass society and social structure centered on the family; while in the second named reflexive modernity or risk society, foreseeing intense globalization, technological innovation, a rupture in the family nucleus and individualization, while also predicting ecological catastrophes, financial crises, terrorism and preventive wars. Regarding food safety recognized a crisis of confidence in criteria, rules, institutions and scientific production in relation to consumption¹⁷.

Scientific instability, the superfluous and impulsive pattern of consumption characterizes liquid modernity¹⁸. Identity is linked to an accumulation of goods, momentary personal satisfaction, phobias and expectations in relation to the new. Risk perceptions in consumption (neophobia and neophilia) characterize the 'omnivore paradox'. 'Gastronomy' has ethical gaps, imprecise nutritional codes and food insecurity¹⁹.

The cultural theory of risk involves seizing risk according to our value and beliefs system and our social and personal position²⁰. These values, which vary over time, are organized into complex systems acquired by socialization or acculturation, and will ultimately determine whether a behavior or object is preferable or not. Thus, each culture sets its limit of acceptable risks²⁰.

Acceptable limits of risk are defined through strategic coexistence agreements. These agreements cover up inconveniences. According to Norbert Elias⁵, the advancement of the division of functions and civilization at certain stages is increasingly accompanied by the feeling of individuals that, in order to maintain their positions in the human network, they must let their true nature fade away. There is a pressure exerted by society on the individual, which forces them to violate “their inner truth. There are forms of self-regulation of the person in relation to other people and things⁵. The word “person” derives from the Latin *persona*, and it refers to masks and the theater. *Persona*, in its origin, was the space between the mask and the face, referring to a void that was filled with the actor's pretending²¹.

Coexistence requires strategic agreements to accommodate risk perceptions in social interactions. In that direction, avoiding proximity is one of the strategies adopted in essential rituals of sociability, such as at meals. Strategies to avoid contact, according to Goffman⁶, can be part of the pretending/acting to cope with threats to the pleasantness of the façade, arguing for the need to perform delicate connections through intermediaries: “[...] In many societies, members understand the value of gracefully and voluntarily leaving before a threat to the facade may have a chance of occurring.⁶ [...] Our facades are thus a sacred thing, and the expressive order necessary to maintain it is therefore a ritual⁶ (p. 22).

In food-related rituals, the positive social value that an individual claims for themselves comes into play, a sort of line of conduct or notion of facade⁶.

Sharing food is a concrete representation of a social group, a gathering, that is established face-to-face²². “Es necessário, por lo menos, ser dos para ser humano”²³ (p. 42). There is a need for agreements or strategies that will guide life in society. In face-to-face interactions, people tend to play a pattern of verbal and non-verbal roles with which they express their line of thought; opinions and judgments of others and of themselves. Masks and convivial facades are attributes of this social order. Maintaining the facade is a condition of the ritual of interaction⁶. Avoiding contact is always a threat to the meal

ritual. What are the risk perceptions identified by young people in relation to food consumption in the context of HIV/AIDS? What are the strategies adopted to maintain the order of social meals? What do young people think about these supposed agreements?

Method

Subjects were selected through Specialized Assistance Services (*SAEs*) for STD/AIDS in the municipality of São Paulo. The *SAEs* facilitated contact with schools, orphanages/daycares and non-governmental organizations (NGOs). The principle of free indications was applied after the first young person was contacted. We interviewed 19 young orphans of AIDS and a 63-year-old caregiver. Questions on risk perception emerged during the interviews. The young people were between 15 and 22 years old, with 12 females and 7 males. All were orphans from a mother, father or both, and 4 of them were HIV/AIDS positive.

A guiding script with key questions on the orphan's daily lives was used. The interviews were conducted in privacy and recorded on analog media, then converted to digital media. The transcribed interviews were searched for statements referring to strategies during the shared meals for analysis. "The fragments found were ordered using the intellectual craftsman perspective of Wright Mills"²⁴ (p. 21). The intellectual craftsman is "free to learn from his work, and to use and develop his skills in the execution of it"²⁴ (p. 59). "Avoiding any rigid set of procedures for a complete understanding of the social structures in which environments are organized. Making use of perspectives and materials, ideas, methods and any and all sensible study of man and society"²⁴ (p. 56). "Seeking to understand the subjects as historical and social actors, not as isolated fragments"²⁴ (p. 58).

The research was carried out according to the Norms and Ethical Guidelines of the National Health Council Resolution 466/12 of the Ministry of Health, and approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Public Health.

Results and Discussion

Perception of risk in socializing strategies in the context of HIV/AIDS

Living in modernity is living under risk. Thinking in terms of risk and risk estimates is a permanent exercise¹⁶. In consumption decisions, food does not escape the rule. In Europe, discussions around the field of food safety – overcoming the danger of hunger – begin to revolve around the safety of food: foods should be free of health risks¹⁴.

Se recomiendan medidas de evitación, se investiga y se aplican técnicas de manipulación específica, de conservación [...] aumentan las incertidumbres y las dudas acerca de lo que comemos y de los posibles riesgos que puede entrañar nuestra comida, es decir, los daños potenciales/probables para nuestra salud¹⁴.
(p. 372)

In the post-industrial context where being in a hurry and individualization prevails, “people eat avoiding eye contact with those around them”²⁵ (p. 45). Food is sacred and it must also be pure, clean, and unviolated. It crosses the limit of the mouth, it can feed or contaminate the individual that consumes it; anything that is presented to us as edible, but which we perceive to be impure in any sense immediately disgusts us²⁶. For what we eat literally becomes part of us²⁷.

By eating together, people gain more importance than food; eating together implies selectivity²⁶. Family belonging and lasting solidarity are the fruit of continuous relationships with expressions of affection and care. “The family is built by contacts, as well as social relationships”²⁸ (p. 77). Eating as a family tends to be healthier and more adaptable than eating alone or with strangers^{29,30}.

Restrictions are usually guided by the perspective of the healthy individual. Faced with risk perception, the healthy body distances itself away from the unhealthy body³¹. The transmission forms of the virus are diffused through means of communication. Touching people with HIV, hugging them, kissing them or using the same table utensils (cutlery, plates or glasses) are situations that do not pose a transmission risk. Families that live with this disease on a daily are also aware of it. Belief and science are ambivalent in risk perception.

In the context of HIV/AIDS, risk perceptions have been registered in the domestic environment due to handling or touching of food by seropositive individuals; in relation to eating or accepting food from a seropositive home or refusing an invitation to birthday parties. Risk perception has been observed in the public or in the school environment by the strategy of separating the water fountain and by meal isolation during recess.

Family strategies for organizing the shared life

Tableware is separated:

“My [deceased] father was spending some time at her house [the aunt]. She had lots of arguments with him. Glasses, plates, tableware, everything was separated. What is his is his. Mine is mine! It was all separated: blankets, cutlery, glasses, plates, everything, everything separated” (Olga).

“She [the aunt] thinks that eating from the same spoon as the person eats will transmit (the disease). It doesn't, because I used to eat with the same spoon as my mother and thank goodness nothing happened. She has this fear, that's why she's so prejudiced” (Joana).

Food is discarded because it has been touched by people infected by HIV/AIDS. Gabriel [seronegative] reports that he has experienced disrespect and discrimination at

home due to his seropositive mother, mainly from his grandmother, who said she did not want her to touch the food. We found an extreme occurrence in Fatima's narrative, in which only contact by her [seropositive] mother with the tableware was enough of a reason for disgust or for not using them. Even touching the food by the mother's caretaker [a seronegative aunt] at the time of preparation was enough for them to be discarded as garbage.

"My aunt could even make a plate of food for my mother to take home, that my cousin, if they sent the dish back, she threw the plate away. Because my mother had eaten on it, in this case. My aunt thought that was nonsense. Even his mother he was disgusted, you know? Because my aunt would make a meal, and put it on a plate and if she touched the rice, she did not want to eat that food anymore, get it?" (Fatima).

Celina recalls: "One day I took some ice cream from my [seropositive] sister. My grandmother looked at me like that, with anger".

Touching is avoided:

"My uncle, he is like that. He has a certain prejudice [about HIV]. He acts natural with my sister [HIV-positive orphan]. He is like this. He acts normal with my sister, but he won't touch anything that's hers, nothing at all. He does not like to touch her" (Celina).

Strategies to avoid contact were also noticed in Joana's account of her aunt:

"She is disgusted by it. She thinks it's going to happen to her. Because she thinks it can be transmitted, that for no reason she will catch the disease. She thinks there is a certain way to get it. She thinks that from the wind, anything will give it to her. But for me this is nonsense" (Joana).

These findings are consistent with those by Ayres et al.⁹, who revealed familiar precautions with food, separating utensils for the exclusive use of those affected by HIV/AIDS. They also reiterate the results found by Moreira¹¹ on the stigmatic impacts of sharing meals (offering and refusing food) with seropositives¹¹.

Restrictive and impeditive socializing strategies at school

Constraints act as strategies for adjusting inappropriate behavior at mealtimes and especially to avoid bodily approximations – establishing safe limits – during shared meals.

In the public sphere or in the school shared spaces

Restrictions hindering shared spaces such as preventing use of the water fountain and separating seropositives at mealtimes have been reported in the school environment:

Separation of the drinking fountain: In the public space of the school, strategies to avoid body contact between seropositives and negatives: “There was a time that I gave an interview, the people saw it. Then I got to school, I went to drink water in the water fountain. They isolated the drinking fountain. All the teachers, all the students. I do all group assignments alone,” confesses (Humberto [seropositive]).

Eating separately at school has been reported by Penelope. She said that her younger sister, who is also HIV positive, receives differential treatment from the school: “Directors and coordinators (there are two directors); the kitchen staff goes to get her in her classroom, they take her to the kitchen for her to eat, do you understand? They get her before all the other kids and they don’t explain why.”

Restrictive strategies as a result of modern reflexivity uncertainties

Individualization and isolation reiterate risk society and liquid modernity^{17,18}. People are seen as potential risk agents within the visible walls of the ghettos, or behind the invisible but no less tangible prohibitions on commensality, shared living and commerce; 'Purifying' – banishing strangers out of the administered territory¹⁸.

Despite public awareness campaigns on forms of HIV transmission, the stigma of HIV/AIDS remains in many forms throughout the world. Body restriction is the most expressive portrait of this perception³¹. As we can perceive in the above transcribed reports, similar behavior was observed in this study. Leticia, dissatisfied with the reality of discrimination, indicates the lack of information as one of its causes:

"I think people today think like this: We cannot be too close to a person with HIV, because it is contagious, because you'll get it. It is a lack of information because the person does not live with it. We only have access to information when we go through certain problems. A person who doesn't even know, that only knows that this disease kills and that it is transmissible, then what goes through this person's head is: If I touch you, I'll get HIV". (Leticia)

Here, the young orphan justifies the lack of information from those who did not live with the reality of HIV/AIDS, which would not be the case of relatives of people diagnosed as HIV-positive. Despite understanding of the orphan that justifies the prejudice being due to the lack of coexistence, it was verified that the prejudice was noticed in the shared living spaces even among those who are aware of the transmission forms.

Reflecting on inclusive strategies in urban shared living requires considering the idea of a risk society, whose way of life coexists with the dynamics of liquid modernity¹⁸, and which rejects the idea of stopping or finding a deeper meaning. Liquid life portrays the instant pursuit of personal satisfaction that admits no idea of discomfort which would rob them of immediate and superfluous pleasure. Conceiving the idea of risk requires

reflecting on lifestyle, torments and uncertainties of superficial identities; methods of producing safety in isolation. Thinking about the dynamics of social movements and their consumption modes requires inclusive ethical and thematic discussions in social spaces.

Refusing food from the house

As reported by the caretaker of the HIV-positive orphan, food brought from her home will only be accepted by the relatives if they are in sealed packages: “I say this because of my daughter-in-law, she does not eat and does not drink anything that is so open. If I take something to my grandchildren ... she says: Put it in the fridge! Then I turn my back and she throws it in the trash.” “Beans, sugar, rice, oil, everything is sealed, but if has been opened, no! Not open.” People who visit the house also refuse food: “So I'm often making lunch, sometimes we see that it is something that they like, then you offer it. Oh, no, thank you, I've already had lunch! They drink water because it comes out of the tap, they drink the soda because the bottle is sealed. But if the bottle has been opened they do not accept it anymore, understand?” (Veridiana, 63 years old, seronegative).

Uncertainties about health and food safety are a result of the lack of scientific consensus on risks and the continuous reform of social practices¹⁵⁻¹⁷. Nutritional recommendations tend to be uncomfortable for the target population. A certain food goes from being villain to good guy, or from being healthy to not in the blink of an eye: fibers, eggs, and tomatoes have experienced both roles, as a result of modern reflexivity: Eggs were cholesterol bombs. They were not only NOT recommended, they were mortal. You could calculate the days of your life you'd lost each time you ate a yolk³².

Scientists and doctors define their consensus and disclose them to society, but they do not convey security because opinions change rapidly and/or represent corporate interests. Unpublished findings suffer media influence and are quickly replaced, and this encourages speculation and insecurities in everyday life^{17,33}. In uncertainty, experiences are privileged as “solid”, the result of empirical knowledge^{15,16}. Food represents a great

risk, as by crossing the border between the outside world and the body, it can contaminate you, transform you¹⁹.

Knowledge about the forms of HIV/AIDS transmission disseminated today may also be different tomorrow. In this case, ones who live with a seropositive family member may think that the best thing to do is to watch out for all forms of transmission: 'It's better to be safe than sorry'; because, after all, 'The cautious man died of old age', are the popular sayings. Shared living strategies with cautions at the table hinder feeding rituals. Constraints cause differences³⁴. Refusing to eat in the company of a particular person can be interpreted as a sign of hostility. The one who receives the refusal feels like 'the different one'. In the context of the family, not eating the same food is equivalent to being excluded from the family.

Selective strategies for rituals due to stigma

The stigma is understood, according to Goffman¹⁰, as demands made in relation to the character we impute to the individual, in an 'effective' characterization that is only possible by the experience of corporeity. Risk perception in HIV/AIDS contexts stems from attributes (body, character, status and marginalization) that affect the biological (nature of what is eaten) and social dimensions (with whom and in what way agreements are strategically made) to arrange the shared meal.

The body, in the context of HIV/AIDS, triggers the “potential retrospect”, an expression used by Goffman¹⁰ to refer to the imaginary identity. In the face of those who are different, the conjectures of risk perception that feed the “retrospect” occur. The quality of the individual is restricted to the observation of conducts and bodily movements that deny their original identity: “we cease to regard them as ordinary and as a complete creature, reducing them to a damaged and diminished person”¹⁰ (p. 12).

Corporeality in HIV/AIDS is one of the aspects in the stigma process because for Goffman¹⁰, it is not the presence of the derogatory attribute that configures the stigma,

but instead how the relationships are operationalized; it is a “language of relations and not of attributes”¹⁰ (p. 13).

Lack of family members at birthday parties

Corrective strategy due to the lack of family members invited to the birthday party was evidenced in the report of the grandmother–caretaker of a seropositive orphan. She tells us about this event.:

“It was my granddaughter’s birthday, and my grandchildren did not come. We had a party for the girl, as they did not come I found myself in obligation of cutting a piece of the cake and bringing it (to them). I spent the afternoon there with my daughter–in–law and her children and I brought the cake. (...) She had the boy put it in the fridge. (...) on Wednesday, my other niece went to her house. She had thrown the cake away. The way I took it, she threw it in the trash” (Veridiana).

From the point of view of the individual playing the role of host, restrictive strategies reinforce the stigma process¹⁰. From the point of view of ritual in face–to–face contact, the person tends to play a pattern of verbal and non–verbal acts through which they expresses a line of thought; opinions, judgments of others and of themselves. All these aspects make up what Goffman⁷ called the “façade” to maintain social rituals. After an unsuccessful interaction, correcting the facade to personally reestablish the order of the ritual tends to occur”⁷.

Impeding strategies as a form of social control

In the idea of perception of Merleau–Ponty¹³, the body’s vision goes beyond the physiological one, as it is associated with the lived experience. Comprehension of the

body is not limited to anatomical knowledge, neural state or physiological processes, it also encompasses the symbolic¹². It is not possible to separate body and accumulated experience. In that sense, denying the body is tantamount to denying the person, because “the body is a model by excellence of any finite system”³⁵ (p. 32). Through contact, the body establishes its limits, its borders. Because the body has a complex structure, the functions of the different parts and the relationships between them can serve as symbols for other complex structures. “The body is a symbol of society, and the human body reproduces the powers and dangers attributed to the social structure on a reduced scale”³⁵ (p. 32). Then, when men become ill, social, cultural and relational (structures) are also compromised with the onset of the disease.³⁶

The elements of social control (body, food and company) and of health risk are at shared meals^{37,38}. Then, strategies of coexistence are agreed on with the intention of living with the patient, without directly contacting them. Strategies to prevent conflicts mean humiliation and shame³⁷. Even in treatment of HIV/AIDS, not implying food restriction, it is common to use some strategy as a precautionary measure. Restrictive actions in relation to a family member can generate changes for all members, even if they do not come from them²⁹.

Perceptual agreements conceal elements of subjectivity and historicity, of dialogue, of tensions and contradictions¹³. Perceptual experiences are bodily experiences¹². The body denies contact, legitimized by culture. Moral values are called into question when someone is identified as HIV-positive. From the moral point of view, “movement is guided by conduct”³⁹ (p. 38).

It is a consensus among them that, years ago, AIDS was something more distant than it is today. One thought of the African continent as a distant reality that would never touch theirs. Now, after being confronted with this reality, they have learned more about the disease – the forms of contamination, the care – but the majority have concluded that prejudice is far from over; society treats those affected by the virus as an outcast,

someone who feels guilty of their illness, as mentioned by the young Romeo: “he died of AIDS, he died feeling guilty!”.

Based on reports of meal restrictions, we asked young people about their ways of coping. They reflected on the role of AIDS in their lives, reporting to an imaginary (spirit) in which they conjugate God’s will and medical treatment. In pursuit of conformity, they question whether or not the disease would be necessary – since God put it into their lives – while medical technology was created by the human being. The search for explanation is mitigated between technology and scientific knowledge which are consistent with beliefs, with the divine will. “This disease is not a defect. It is God. It is helping to care for and fight the disease,” advised Judite.

The statements portray the fact of having to deal with issues such as life, death, destiny and God's will, sooner and more objectively. God would be acting as a great force of nature, responsible for destroying and unbalancing their worlds, by placing AIDS in their lives. For some, the virus only exists as a form of divine punishment, something they would have to endure to purify themselves – some have metaphorically classified the disease as hell.

The body’s phenomenology interprets actions and reactions; the movements follow our perceptual agreement of the world¹³. Sensations appear associated with the movements and each object invites another to make another gesture, without representation, but with creation and new possibilities of interpreting the different existential situations¹³. And it would not be different in the context of HIV/AIDS.

Impeding strategies occur by the theory of perception of Merleau-Ponty¹³, because we unlearn to live with the corporeal reality, with the experience of the senses, because we privilege a reason without body. Risk perception invites the body to withdraw, but corporeality also contains the moral expectation of life in society. Foundations of philosophical-religious character become convictions used to distinctively choose guests⁴⁰. In dealing with beliefs, moral immersed in culture is not understood in a conscious and transparent way⁴¹. It is allocated, but in the structure of symbolic thought,

which is the order of the unconscious⁴¹. Within the body are the social and cultural possibilities that are developed: “The body metaphorizes the social and the social metaphorizes the body”³⁶ (p. 70). Knowledge arises from retained experience because “All knowledge, all objective thinking stem from this inaugural fact that I felt”³¹ (p. 184).

Final Considerations

In the context of HIV/AIDS, risk perception motivates coping strategies that can affect at least two dimensions of eating behavior: the social dimension of living together and the biological dimension of consumption. Based on the literature, it is possible to conclude that stigma relentlessly affects society in light of Goffman's theory, through attributes of body, character, and social marginalization.

Strategic agreements are established in shared meals with HIV-positive young people under the perception of the body as a contaminating agent. Physical presence stimulates the stigma process in imminent bodily experience. Separating utensils and throwing away food are shared life organization strategies, guided by restricting touch and contact with the HIV-positive individual. These strategies serve to preserve the facade of shared experiences and the distinction of those that eat together both in public and in private. Risk perception is explained by the inconstancy of scientific findings and beliefs which motivate food insecurity. From the anthropological perspective, risk perception may represent the exclusion of family bonding. Further studies are necessary to investigate the effect of the hygienic-sanitary trend and to report the scientific discourse in popular knowledge.

Sueli Moreira (the author of the project) conducted data collection, the discussion and revision of the final version. Ivan França Junior and Laura Martirani guided the larger research and participated in the discussion of the results. Michelle Medeiros and Alicia Cabral actively participated in the discussion of the results and in the revision of the final version.

Collaborators

Sueli Moreira, the author of the project, performed the data collection, the discussion and review of the final version. Ivan França Junior and Laura Martirani advised the main research and participated in the discussion of the results. Michelle Medeiros and Alicia Cabral actively participated in the discussion of the results and in the revision of the final version.

References

1. Foley R. Os humanos antes da humanidade: uma perspectiva evolucionista. São Paulo: Unesp; 2003.
2. Jones M. Feast: why humans share food? New York: Oxford University Press; 2007.
3. Roebroeks W, Villa P. On the earliest evidence for habitual use of fire in Europe. St. Louis: PNAS; 2011.
4. Morrison M. Sharing food at home and school: perspectives on commensality. *Sociol Rev.* 1996; 44(4):648-74.
5. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
6. Goffman E. Ritual de interação. Ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.
7. Mill JE. Shrouded in secrecy: breaking the news of HIV infection to Ghanaian women. *J Transcult Nurs.* 2003; 14(1):6-16.
8. Letamo G. HIV/AIDS-related stigma and discrimination among adolescents in Botswana. *Afr Popul Stud.* 2004; 19:191-203.
9. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-40.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
11. Moreira SA. Ecologia dos convívios comensais de jovens órfãos pela AIDS em São Paulo [tese]. Piracicaba (SP): Universidade de São Paulo; 2014.
12. Nóbrega T. Merleau Ponty: o corpo como obra de arte. *Princípios.* 2000; 7(8):95-108.
13. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
14. Contreras J, Gracia-Arnáiz M. Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.

15. Giddens A. Mundo em descontrolo: o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record; 2000.
16. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
17. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
18. Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
19. Fischler C. El (H) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama Editorial; 1995.
20. Peretti-Wattel P. Sociologie du risque. Paris: Armand Colin; 2000.
21. Couto M. E se Obama fosse Africano? E outras interinvenções. Lisboa: Caminho; 2009.
22. Sobal J, Bove CF, Rauschenbach BS. Commensal careers at entry into marriage: establishing commensal units and managing commensal circles. *Sociol Rev.* 2002; 50(3):378-97.
23. Todorov T. La vida en común: ensayo de antropología general. Madrid: Taurus; 2008.
24. Mills W. Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
25. Fernández-Armesto F. Comida - uma história. Rio de Janeiro: Record; 2004.
26. Visser M. O ritual do jantar. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1998.
27. Bäckström A, Pirtilä-Backman AM, Tuorila H. Dimensions of novelty: a social representation approach to new foods. *Appetite.* 2003; 40:299-307.
28. Bestard J, Contreras J. La casa pairal en Catalogne urbaine. In: Gullestad M, Segalen M. La famille en Europe. Paris: Éditions La Découverte; 1995. p. 77-91.
29. Savoca M, Miller C. Food selection and eating patterns: themes found among people with Type II diabetes mellitus. *J Nutr Educ Behav.* 2001; 33:224-33.
30. Sobal J, Nelson MK. Commensal eating patterns: a community study. *Appetite.* 2003; 41:181-90.
31. Merleau-Ponty M. Signos. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
32. Veríssimo LF. A mesa voadora. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
33. Slovic P. Perception of risk. *Science.* 1987; 236(4799):280-5.
34. Silva VP, Cárdenas CJ. A comida e a sociabilidade na velhice. *Rev Kairós.* 2007; 10(1):51-69.
35. Douglas M. Natural symbols - explorations in cosmology. Harmondsworth: Penguin Books; 1973.
36. Le Breton D. A sociologia do corpo. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
37. Figueiredo M, Fioroni L. Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. *Estud Psicol.* 1997; 2(1):28-41.

38. Sobal J. Sociability and meals: facilitation, commensality, and interaction. In: Meiselman HL. Dimensions of the meal: the science, culture, business, and art of eating. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000. p. 119–33.
39. Bimbela JL. Sociologia del SIDA. Jóvenes y sexualidad en Andalucía. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 2002.
40. Douglas M, Isherwood B. The world of goods: towards an anthropology of consumption. London: Routledge; 1996.
41. Amorós C. Ética y antropología. In: Sánchez CG; Carpintier JM. La aventura de la moralidad. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2007. p. 184–223.

Translated by Christopher Quinn

Cartas de mães e pais de autistas ao Jornal do Brasil na década de 1980

José Augusto Leandro^(a)
Bruna Alves Lopes^(b)

Leandro JA, Lopes BA. Letters sent to the *Jornal do Brasil* by parents of autistic people during the 1980s. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):153-63.

This paper analyzes a set of letters sent to the *Jornal do Brasil* by parents of autistic people during the 1980s. The text seeks to expand the knowledge of historical aspects of autism in the country through document research from printed media. It aims to highlight two key issues: that the correspondence published during that period expressed a variety of stances regarding the understanding of the autism phenomenon; and that the letters may be understood as expressions of advocacy by the concerned relatives who wanted to further stimulate actions focused on assistance for autistic people. The conclusion shows how mothers and fathers turned their parenting into political instruments.

Keywords: Autism. Letters. *Jornal do Brasil*. 1980s. *Advocacy*.

Este artigo analisa um conjunto de cartas escritas por mães e pais de autistas, publicadas no *Jornal do Brasil* na década de 1980. O trabalho busca contribuir, a partir de uma pesquisa documental realizada na imprensa periódica, com a ampliação de conhecimentos sobre aspectos relacionados à história do autismo no país. Objetiva demonstrar duas questões: que as correspondências publicadas no período expressaram variedade de posicionamentos em torno do entendimento do fenômeno do autismo; e que as cartas podem ser entendidas como expressões de *advocacy* de familiares interessados em ações de assistência aos autistas. Os resultados da pesquisa apontam para mães e pais transformando sua maternagem e paternagem em instrumento político.

Palavras-chave: Autismo. Cartas. *Jornal do Brasil*. Década de 1980. *Advocacy*.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de História, Campus Uvaranas, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Av. General Carlos Cavalcanti, 4748. Ponta Grossa, PR, Brasil. 84030-900. joseaugustoleandro@gmail.com; bruna.hist.uepg@gmail.com

Introdução

No Brasil, o ano de 2012 foi marcado pela aprovação da lei nº 12.764¹, também conhecida como lei Berenice Piana. Com ela, os autistas passaram a ser reconhecidos legalmente como pessoas com deficiência, sendo-lhes garantidos e assegurados direitos antes não existentes: acesso à educação e ao ensino profissionalizante; mercado de trabalho; à previdência e assistência social; e acesso a ações e serviços de saúde, o que incluiu aspectos tais como o direito ao atendimento multiprofissional, à terapia nutricional e o acesso a medicamentos.

A lei nº 12.764 baliza os contornos contemporâneos da história da cidadania da pessoa autista. Resultado de uma longa caminhada, a consecução de direitos para os autistas no Brasil está relacionada diretamente ao engajamento de seus familiares a partir da década de 1980. Neste decênio, marcado pela conjuntura da transição do regime ditatorial-militar para o regime liberal-democrático², com ampliação da mobilização de distintos setores da sociedade civil, mães e pais de autistas trouxeram à tona suas angústias sobre a condição de seus filhos, utilizando-se de meios de comunicação, como jornais impressos.

No artigo que segue, demonstramos que as correspondências, escritas por mães e pais de autistas, enviadas ao *Jornal do Brasil* (JB) na década de 1980 não ilustram apenas meros desabafos acerca das dificuldades do gerenciamento da vida cotidiana de seus filhos. As cartas podem ser entendidas como reveladoras de um determinado conhecimento – nem sempre unívoco – do fenômeno do autismo naquele momento; e, ademais, apontamos que as correspondências expressam o potencial da escrita como *advocacy*^(c) sobre o tema da assistência aos autistas.³

Sobre o autismo e a emergência do engajamento da família no debate do tema, no Brasil: a importância da década de 1980

Desde meados da década de 1940, com os estudos de Leo Kanner e Hans Asperger, o termo autismo começou a ser utilizado como expressão de uma entidade diagnóstica relacionada a dificuldades na interação social, na qual a comunicação e o aprendizado do indivíduo tornam-se diferenciados⁴. Por volta dos três anos de idade, ou mesmo antes, percebe-se que o comportamento da criança em relação ao mundo social é mais voltado ao distanciamento do que ao agrupamento e aproximação em relação aos que a cercam. Cavalcante⁵ descreve que a “[...] falta de contato com as pessoas, repetitividade obsessiva da mesmice, presença de elaborados rituais e rotinas, fixação em preocupações estranhas, direcionadas e intensas eram os principais sinais observados por Kanner” (p. 302)^(d).

Paralelamente aos primeiros estudos psiquiátricos do autismo na década de 1940, também floresceu o interesse de outros profissionais acerca do fenômeno, destacando-se os vinculados à psicanálise. Klin⁶ anotou que “durante os anos 50 e 60 do século passado, houve muita confusão sobre a natureza do autismo e sua etiologia, e a crença mais comum era a de que o autismo era causado por pais não emocionalmente responsivos a seus filhos (a hipótese da ‘mãe geladeira’)” (p. 4). Dentre os autores que discorreram sobre o fenômeno do autismo nesse campo, destacou-se o austríaco Bruno Bettelheim, radicado nos Estados Unidos. Em sua obra mais conhecida, *A fortaleza vazia*, de 1967, Bettelheim definiu o autismo como uma resposta da criança a um ambiente hostil criado por pais frios e distantes, ou seja, não amorosos.

Hoje, a neurologia e a genética estão sempre presentes quando se tenta definir o autismo, como se vê na passagem de Assumpção Júnior e Kuczynski:

^(c) Entende-se que *advocacy* diz respeito a “[...] defender e argumentar em favor de uma causa, uma demanda ou uma posição. Isso porque *advocacy* tem um significado mais amplo [que advogar], denotando iniciativas de incidência ou pressão política, de promoção e defesa de uma causa e/ou interesse, e de articulações mobilizadas por organizações da sociedade civil com o objetivo de dar maior visibilidade a determinadas temáticas ou questões no debate público e influenciar políticas visando à transformação da sociedade”³ (p. 208).

^(d) Para Grinker, “[...] se Kanner é o pai do autismo como distúrbio diagnosticável, Asperger é o pai do autismo como espectro de diferentes estados”. O antropólogo afirma: “A característica mais importante das crianças com distúrbio de Asperger é não ter dificuldades na fala [...]. Contudo, ainda assim têm muitas dificuldades para comunicar-se e interagir socialmente [...]”⁴ (p. 71).

“um transtorno do desenvolvimento neurológico complexo e altamente hereditário, caracterizado pelo evidente comprometimento da função cognitiva no campo da interação social e do desenvolvimento da fala”⁷ (p.28).

Apesar de as ideias de Bettelheim sobre a culpa dos pais no desencadeamento do autismo terem repercutido, sobretudo, em países em que a psicanálise era influente, como na França, por exemplo⁴, já na primeira metade da década de 1960, nos EUA, emergiram questionamentos sobre as explicações de base psicogênica⁸. Quanto a isso, cabe destacar a relevância do livro *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implication for a Neural Theory of Behavior*, de autoria do psicólogo Bernard Rimland, pai de uma criança autista. A obra, publicada originalmente em 1964, é apontada como a primeira a considerar o autismo como um distúrbio essencialmente neurológico⁸⁻¹⁰.

O trabalho de Rimland foi fundamental para a criação, em 1965, da National Society for Autistic Children (NSAC)⁹, entidade criada por familiares de crianças autistas, e que se caracterizou como um espaço de especialização em autismo. Eyal e Hart¹⁰ argumentam que a NSAC colaborou para uma compreensão do fenômeno a partir de conhecimentos construídos em rede, numa parceria entre pesquisadores, terapeutas e familiares; estes últimos passaram a ser reconhecidos e valorizados como sujeitos com expertise no autismo, ao lado dos profissionais da saúde. Nas palavras de Eyal e Hart: “a NSAC funcionou como um ponto de encontro para que os pais aprendessem uns com os outros, para que experimentassem e relatassem diferentes modalidades terapêuticas, criando circuitos de acumulação de conhecimento fora das revistas profissionais” (p. 15).

Poucos são os autores que abordam a história do autismo e do engajamento de mães e pais de autistas no Brasil. Fátima Cavalcante⁵ destacou a construção da Associação de Mães de Autistas (AMA), em 1983, e caracterizou essa associação como “a primeira ‘cara’ do autismo” no que diz respeito ao ativismo político sobre o tema no país (p. 340)⁵. Observou que embora, desde a década de 1930, existissem no Brasil algumas instituições privadas especializadas na área da deficiência mental (como a Sociedade Pestalozzi, de 1932), e, posteriormente, as APAEs, surgidas a partir de 1962, o campo do autismo representava “uma grande lacuna e uma ampla inexistência de recursos especializados que começam a se estruturar, de modo ainda incipiente, a partir da década de 1980 [...]” (p.333).

Destaque-se, também, o trabalho realizado por Fernanda Nunes⁹, que discute o processo de politização da experiência e atuação política de familiares de autistas no Rio de Janeiro, realizando um trabalho etnográfico em três instituições fluminenses – Associação de Pais de Autistas e Deficientes Mentais (APADEM), de 1999, Mundo Azul, de 2011, e Pelo Direito dos Autistas, de 2012^(e) – reconhecidas, nacionalmente, por sua militância em prol do tema do autismo. A autora acompanhou a série de mobilizações que tiveram como objetivo a sanção da lei nº 12.764/2012.

A história do papel da família na mobilização política pela construção de uma agenda proativa no campo da assistência para o autismo segue como um relevante tema de investigação no Brasil. Assim como Cavalcante observou que a década de 1980 foi importante no país pela criação das primeiras AMAS em São Paulo, também enfatizamos a importância deste decênio como marco significativo para uma reflexão histórica sobre o início do engajamento da família para um melhor conhecimento da questão do filho autista.

Um conjunto de cartas enviadas a um jornal de uma grande metrópole brasileira tem muito a nos dizer sobre *advocacy* e autismo. Para além da sua quantidade, apenas 13, cremos que a importância desses documentos reside no fato de que eles expressaram aspectos qualitativos semelhantes concernentes à

^(e) Este último grupo é uma comunidade virtual que, segundo Fernanda Nunes, foi criado em 2012 após manifestação, no dia 19 de setembro daquele ano, pedindo a aprovação Projeto de Lei nº 168/ 2011 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

vivência de centenas de mães e pais de autistas no Brasil daquele momento, em suas buscas de um melhor bem-estar para os seus filhos.

Material e métodos: sobre as fontes da pesquisa

A pesquisa empreendida contou com o suporte virtual da Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional (<http://hemerotecadigital.bn.br>). A partir do acionamento das ferramentas de busca do site (pesquisa por periódico, período e local), delimitamos a investigação para a década de 1980 no *Jornal do Brasil*⁽¹⁾, utilizando-se o termo “autismo”.

O JB foi o veículo escolhido para a pesquisa não apenas pela sua ampla circulação em boa parte do território nacional à época estudada, mas, também, porque acompanhou, de maneira privilegiada, o processo de redemocratização do país operado a partir do final da década de 1970, permitindo que suas páginas expressassem anseios de diferentes grupos naquele contexto¹¹.

Do total de 72 ocorrências do termo pesquisado, foram identificadas 13 correspondências enviadas ao JB, publicadas na seção “Cartas”, em sua maioria com o título “Autismo”. Duas foram publicadas no ano de 1983, duas em 1984, uma em 1986, três em 1987, duas em 1988 e três em 1989. Oito delas foram escritas por mulheres, das quais quatro apresentaram-se, ao público leitor do jornal, enquanto mães de crianças autistas; três se identificaram como representantes de alguma associação ligada ao autismo⁽²⁾, e uma como representante da Legião Brasileira de Assistência (LBA). Entre os homens, das cinco cartas enviadas, em uma delas não há identificação alguma acerca da condição de quem escreveu; um deles representou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e, nas demais cartas, os homens se apresentaram como membros de alguma associação, sem explicitar se eram pais de autistas. Pressupomos, excluindo o representante do INAMPS e a representante da LBA, que todos os demais escreveram na condição de pais ou mães de autistas. Portanto, as cartas evidenciam os vínculos parentalidade-autismo e/ou instituição-autismo como estimuladores da escrita e do envio de correspondência ao JB.

Segundo Lobo¹², apesar da liberdade de imprensa no país ter ocorrido oficialmente em 1978 – tendo como um dos resultados o fim da censura prévia aos jornais impressos – até o final do governo do general João Baptista Figueiredo, em 1985, os meios de comunicação vivenciavam aquilo que a autora denominou de “liberdade vigiada”. Apesar disso, tal situação possibilitou maior liberdade para se tratar de temas candentes naquele momento, como: as reformas políticas e partidárias, a anistia e as eleições diretas, embora os jornais ainda carecessem de ampla liberdade no trato das palavras impressas. Nesse sentido, “[...] o *Jornal do Brasil* esteve sobre uma corda bamba [...], desempenhando papel destacado na formação da opinião pública sobre os rumos da abertura política”¹² (p. 1).

Santo¹³ faz considerações sobre o significado das cartas enviadas a jornais, e afirma que elas podem ser tomadas “[...] como instrumentos de transmissão de informação sobre a vida em sociedade”, uma vez que “[...] fazem parte de um processo discursivo e estão inseridas em condições sócio-históricas”. Nas palavras da autora:

Páginas e colunas específicas para sua publicação servem como espaços de denúncia, de confronto do político/social, de reivindicação, de

⁽¹⁾ Apesar da ampla variedade de fontes, o acervo não conta com títulos de grande circulação nacional no período pesquisado, como O Globo e a Folha de São Paulo, por exemplo.

⁽²⁾ Uma das cartas foi elaborada por três mulheres, todas representando a mesma instituição.

desabafo, enfim, de exercício da cidadania. Há que se considerar ainda que aqueles que escrevem representam uma população muito mais ampla que se possa dimensionar porque, no fundo, são uma espécie de porta-voz das queixas e observações de tantos/as outros/as que, por algum motivo, não enviam suas opiniões aos jornais. Dessa forma, as cartas [podem ser] analisadas como produto de uma interação social que reflete o pensamento de um grupo que deseja se informar e se comunicar em determinado contexto social, histórico e ideológico¹³. (p. 14)

Em outro momento, Santo, juntamente com Dumont¹⁴, afirma que o jornal pode ser visto como “[...] um meio dialógico, mesmo que registre certo desequilíbrio entre as vozes que o constroem” (p. 179), pois possibilita o contato de pessoas com experiências e visões de mundo distintas, viabilizando a comunicação entre elas.

Esses apontamentos nos auxiliaram no entendimento de que a seção “Cartas” do JB, da década de 1980, constituiu um espaço em que o leitor se colocou não apenas como receptor passivo do discurso produzido e divulgado pelo jornal, mas, pelo contrário, ali também residiu a possibilidade de mães e pais de autistas agirem como produtores de discursos, não somente seus, mas, também, de um determinado grupo. Como sugeriu Epstein¹⁵ para o HIV/AIDS — e isso também pode ser pensado para outros casos, como transtornos, síndromes e deficiências, por exemplo —, as batalhas em torno da credibilidade do conhecimento acerca da doença passaram por uma variedade de vozes: não apenas a dos cientistas, mas incluíram outras, como a dos familiares que também se lançaram como membros ativos na discussão do fenômeno, acionando, inclusive, a mídia para a desconstrução de estigmas e preconceitos até então sedimentados. A politização da epidemia, segundo ele, trouxe consequências benéficas, uma vez que resultou na multiplicação das vias de sucesso para o estabelecimento de credibilidade e diversificação de pessoas para atuar sobre a doença, além do grupo da saúde já qualificado para isso¹⁵ (p. 3). No nosso caso aqui analisado, o JB foi fonte privilegiada para se buscar verificar aspectos positivos da interface *advocacy*, mídia e saúde na construção de uma agenda para o autismo no país na década de 1980.

Resultados e discussão

As cartas e o entendimento do autismo

A análise das cartas demonstrou que a maioria das mães e dos pais alocou o fenômeno do autismo em um espaço de ‘doença’, com ênfase em aspectos ‘desconhecidos’. Na primeira carta identificada na pesquisa, de 1983, uma mãe sugeriu que o autismo poderia, inclusive, ser fruto de problemas que atingiriam o bebê durante o parto, ou, até mesmo, resultado da administração de fortes medicamentos em recém-nascidos. O fenômeno expressaria

[...] uma doença de etiologia desconhecida, mas de natureza comprovadamente orgânica, que apresenta grande incidência em crianças que foram vítimas de anoxia, excessiva oxigenação ou doses abusivas de antibióticos por ocasião do nascimento. O 1º sintoma é o balançar rítmico da cabeça e do corpo, desde o berço, seguindo-se total abstração do mundo exterior, que a criança simplesmente parece ignorar, aparentemente sem audição, preferindo concentrar-se horas seguidas brincando com seus próprios dedos [...]. Suas vítimas são fisicamente sadias, ágeis, bonitas e sem qualquer expressão que denote doença, pelo que são frequentemente tidas como surdas.¹⁶ (p. 10)

A mesma argumentação acerca do caráter enigmático das causas do autismo foi registrada em correspondência de 1984, quando a mãe de um menino de sete anos de idade descreveu o fenômeno de seu filho como um “obscuro distúrbio”¹⁷ (p. 10). Os substantivos ‘deficiência’, ‘enfermidade’, ‘mal’ e ‘doença’ também foram utilizados nos documentos, ao lado do adjetivo ‘grave’ para caracterizar o autismo nas cartas da década de 1980. Em 1989, pela primeira vez, o termo ‘síndrome do autismo’ foi anotado em correspondência escrita por uma mãe.

As expressões sobre autismo destacadas nas cartas refletem um período em que o Brasil estava, ainda de maneira incipiente, descobrindo e debatendo publicamente as ocorrências do fenômeno. Castela¹⁸ argumenta que, ao longo da década de 1980, o conceito de autismo foi ampliado, e isso contribuiu para que ele deixasse de ser visto como uma doença, para ser considerado uma síndrome. Além disso, o autismo também deixou de ser apresentado como um distúrbio afetivo para ser considerado um distúrbio do desenvolvimento.

Mesmo assim, ainda no final da década, havia dissenso sobre o tema. Em novembro de 1988, em carta ao JB, um pai definiu o autismo como um 'sintoma' da esquizofrenia infantil¹⁹. Diante disso, a Associação de Pais de Autistas do Rio de Janeiro (APARJ), fundada em 1985, veio a público criticar fortemente a definição do autismo enquanto um sintoma da esquizofrenia. Em correspondência ao periódico, a entidade manifestou-se dizendo ser

... errônea [a] informação contida na carta Autismo (JB, 3/11/88) e que só contribuiu para criar confusão e aumentar a desinformação sobre o problema. [...] As últimas pesquisas desenvolvidas nos EUA, com auxílio da tomografia computadorizada por ressonância magnética, revelam a presença de deformações anatômicas no cerebelo, o que pode ser o responsável pela falta de respostas aos estímulos externos manifestada pelos portadores deste mal. Autismo não tem nada a ver com esquizofrenia infantil, que só surge depois dos dois anos e apresenta sintomas diversos.²⁰ (p. 10)

Além dos embates ao redor do conceito de autismo, foram recorrentes, nas cartas enviadas pelos pais e mães, as dificuldades em se conseguir o diagnóstico da síndrome, situação destacada já em 1983.

Eu tenho a infelicidade de ter uma filha autista, cujo mal só foi diagnosticado ao ver o filme acima mencionado [*Meu filho, meu mundo*], o que me levou a contactar o Dr. Rimland do Institute Child Behavior Research, maior autoridade no assunto, que me forneceu literatura e orientação para o tratamento, que exige inclusive controle do metabolismo.¹⁶ (p. 10)

Quanto ao filme "*Meu Filho, Meu Mundo*"^(h), chamou a atenção de muitos pais sobre a possibilidade de seus filhos serem autistas. Participantes da APARJ, inclusive, não ficaram nada satisfeitos quando um crítico de filmes exibidos na televisão classificou-o como "dramalhão" menor, dentro do estilo "destino cruel"²¹ (p. 4). A partir da seção "Cartas", do Caderno B, um dos membros da associação utilizou tal espaço para questionar os comentários feitos acerca da produção cinematográfica. Na percepção do então vice-presidente da APARJ, faltou sensibilidade e conhecimento sobre o autismo para o crítico de cinema. Em suas palavras:

O referido filme não se trata de um dramalhão, mas sim de um excelente material de apoio a exemplificar sintomas e estereotípias do autismo. [...] conhecemos vários casos de pais que após sucessivas buscas em meios ditos especializados só conseguiram o diagnóstico de autismo após assistirem ao filme.²² (p. 36)

^(h) O filme *Meu filho, meu mundo* (título original *Son-Rise: A Miracle of Love*), lançado em 1979, retrata a história de uma família cujo filho caçula é diagnosticado como autista.

Se, no período analisado, houve divergência entre mães e pais acerca do entendimento da origem do fenômeno do autismo, todos compartilhavam, em seus discursos, um aspecto fundamental: urgia chamar a atenção da sociedade para a necessidade de ações assistenciais aos autistas.

As cartas e a (ausência de) assistência aos autistas

A ausência de instituições especializadas no atendimento aos autistas foi tema de destaque nas cartas enviadas ao JB. Já no primeiro documento identificado pela pesquisa, em 1983, uma mãe teceu comentários críticos sobre as entidades para pessoas com deficiência no país, afirmando que as existentes⁽¹⁾:

⁽¹⁾ Embora existisse desde 1983, nenhuma das cartas mencionou a AMA (Associação de Amigos do Autista), criada por pais de autistas residentes em São Paulo.

...[misturavam] anarquicamente todos os tipos de males, como oligofrenia, mongolismo, esquizofrenia [...]. O meu propósito ao escrever esta carta é conclamar a todos os pais que sofrem este mesmo angustiante problema em suas famílias, a me contatarem, para reunirmos esforços e conseguirmos criar uma instituição voltada para a pesquisa e tratamento do autismo, para o bem de nossos filhos¹⁶. (p. 10)

Em virtude de uma resposta a esta carta de 31 de outubro, muitas famílias tiveram a oportunidade de saber da existência de um estabelecimento chamado Centro de Educação Especial Casarão, fundado em 1978, no Rio de Janeiro, que atuava em prol da assistência aos autistas. A carta-resposta apresentou, rapidamente, o trabalho desenvolvido no Casarão, e também frisou a necessidade de que novas entidades semelhantes tivessem a atenção dos órgãos governamentais, pois trabalhos nesta área demandavam “custos muito elevados”²³ (p. 10).

Em 1984, outra carta enviada por uma mãe também relatou dificuldades enfrentadas devido à falta de instituições especializadas no atendimento de autistas no Rio de Janeiro. Segundo a narrativa, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) não estava aceitando “[...] casos como o do meu filho por não verem perspectivas de melhoras e cura”¹⁷. Antes de se mudarem para a capital fluminense, mãe e filho moravam em Minas Gerais, e um certo atendimento assistencial era feito pela LBA daquele estado. Tal atendimento significou, nas palavras da mãe, “um período de êxitos e melhoras”. O texto da carta foi de cobrança, inclusive financeira, afirmando que a entidade dispunha de dinheiro para a assistência destinado pela verba da Loteria Esportiva¹⁷.

Tal mãe obteve uma carta-resposta da representante da LBA do Rio de Janeiro, publicada no JB no dia 06 de janeiro de 1984. A então presidente da Legião escreveu:

Quanto à pergunta sobre a “verba” da Loteria Esportiva que seria destinada à LBA, devo acrescentar que, desde 1975, pela lei nº 6.168 de 09/12/74, a LBA não foi mais contemplada sequer com a renda de um teste anual. Nossos atuais recursos são oriundos, exclusivamente, do Ministério da Previdência e Assistência Social e é com eles que estamos realizando uma programação social [...].²⁴ (p. 10)

No final da década analisada, em 1989, uma mãe escreveu ao JB dizendo-se surpreendida pelo fato de que, ao final do século XX, a sociedade ainda estivesse despreparada para o trato com as pessoas deficientes “[...] e em especial ao autista, pois no Brasil muito pouco ou quase nada se sabe sobre esta doença”²⁵ (p.

10). Segundo ela, “[...] as últimas estatísticas comprovam que temos atualmente no país cerca de 200 mil crianças autistas”. A mãe enfatizou que “[...] o que não sabemos de fato [é] se estas crianças estão efetivamente bem assistidas e amparadas”. Ela colocou-se “[...] à disposição para divulgar a experiência pedagógica que [vinha] implementando com o [seu] filho com considerável êxito [...]”²⁵ (p. 10).

Dois anos antes da publicação desta carta, o JB estampou, no dia 18 de agosto de 1987, no caderno ‘Ciência’, uma matéria intitulada “Diagnóstico de Autismo confunde os médicos”. Tal matéria foi publicada em decorrência da vinda, ao Brasil, do médico estadunidense Edward Ritvo, especialista em autismo²⁶. Nas páginas do jornal, abordou-se uma das principais controvérsias em relação ao tema, sua origem orgânica ou psicológica. Além disso, destacou-se a falta de profissionais especializados na área capazes de realizar um diagnóstico mais preciso, e a escassez de instituições especializadas no atendimento de autistas no país.

A publicação do caderno ‘Ciência’ foi de fundamental importância para a APARJ, associação fundada em 1985 por pais e mães de crianças autistas que moravam na cidade do Rio de Janeiro. Não apenas pelo fato de ajudar na divulgação do evento da palestra do Dr. Ritvo, patrocinada pela APARJ, mas, também, para que outros pais pudessem tomar conhecimento da existência da própria associação. Um representante da APARJ enviou uma carta ao JB agradecendo pela reportagem publicada.

Como consequência imediata do evento e da reportagem publicada, estamos recebendo centenas de telefonemas de adesões e de pais que identificaram autismo em seus filhos [...]. Já recebemos comunicação do presidente do INAMPS de que os autistas passarão a receber diagnóstico e atendimento, o que até então não ocorre. [...] A palestra do dr. Ritvo está sendo impressa, para distribuição, em todo território nacional, o que também será muito importante, por difundir os conhecimentos atualizados do problema²⁷. (p. 10)

Quanto ao atendimento dos autistas pelo INAMPS do Estado do Rio de Janeiro, uma carta enviada ao JB, em setembro de 1987, pelo representante da coordenação do Grupo de Saúde Mental daquele instituto, apontou que algumas medidas positivas estavam sendo tomadas pelo órgão naquele momento, e que poderiam auxiliar na futura assistência dos autistas. Entre elas, destacou o apoio financeiro para o desenvolvimento de uma linha de pesquisa e atendimento ao autista em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro²⁸.

Ao que tudo indica, 1987 foi pródigo em ações de *advocacy* de pais e mães de autistas no estado do Rio de Janeiro. Pressionar pelo suporte financeiro e material do INAMPS foi a principal estratégia adotada por eles naquele ano. Em carta enviada ao JB por uma mãe de Nova Iguaçu, publicada em 17 de setembro daquele ano, deu-se conta de informar aos leitores que uma comissão de mães de autistas, encaminhada pela deputada Heloneida Stuart, havia comparecido a uma audiência com o Sr. Presidente do INAMPS para que fosse implantado, naquela rede, “[...] tratamento específico para pessoas acometidas de autismo”. A carta finalizou destacando a necessidade de que essas primeiras providências do órgão assistencial não sofressem “descontinuidade”, para que, brevemente, fosse possível “[...] implantar no país um tratamento adequado ao autista”²⁹ (p. 10).

Importante destacar que, concomitantemente ao processo de redemocratização do país ao longo da década de 1980, houve um frutuoso debate envolvendo profissionais da saúde e variados movimentos sociais em torno da modificação e da ampliação do conceito de saúde, atribuindo-lhe uma dimensão política, ligada ao próprio acesso à assistência e aos serviços em saúde ofertados pelo Estado. O período foi marcado por uma intensa mobilização de setores da sociedade civil em torno de pautas ligadas à saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi um marco discursivo para o atendimento universal. Buscava-se “romper com a cisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a intensa privatização que então caracterizava o sistema de saúde brasileiro”³⁰ (p. 241). O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu nesse contexto e, a partir da Constituição de 1988, seguiu os princípios da universalidade, equidade e integralidade. O SUS rompeu com a lógica do antigo INAMPS, cuja dinâmica de atendimento em saúde era voltada para o auxílio aos que contribuíam para a previdência social, excluindo todo o resto da população inserida na informalidade do mercado de trabalho.

Considerações finais

Ao escreverem para o JB, pais e mães de autistas produziram sentido sobre o que consideravam ser o autismo, com ênfase no fenômeno como 'doença obscura'. Se, por um lado, a própria definição do autismo naquele período foi objeto de divergências entre os que enviaram cartas ao jornal, por outro lado, os pais foram unívocos ao apontarem: a necessidade da divulgação do tema do autismo, as dificuldades de obtenção de diagnósticos mais precisos para seus filhos e a ausência de instituições especializadas para a assistência aos autistas.

Se as cartas expressaram necessidades de ações de *advocacy* em relação ao autismo, também é possível afirmar que o próprio jornal foi um instrumento de *advocacy* no período analisado. O JB agiu na construção e transmissão de informações relacionadas à saúde e, ao seu modo, possibilitou a vocalização de proposições de familiares de autistas. Desta forma, num cenário de democratização da política brasileira de modo geral, e da agenda de saúde em particular, o JB pode ser apontado como um importante exemplo dos aspectos positivos da interface *advocacy*, mídia e saúde.

Nas relações de forças que envolvem o discurso³¹, muitos pais perceberam que o JB, enquanto um veículo de ampla circulação nacional e de grande impacto no estado do Rio de Janeiro, teria forte influência na formação de opinião de leitores. Isso é perceptível ao se verificarem as respostas às cartas enviadas, fato que indica que as correspondências eram acompanhadas atentamente por uma comunidade de leitores interessados no tema. Muito provavelmente, as instituições Centro de Educação Especial Casarão e APARJ passaram a ser conhecidas por inúmeros pais de crianças autistas, uma vez publicadas as correspondências que faziam menção ao trabalho desenvolvido por elas.

Pelas cartas analisadas, é possível alinhar-se ao sugerido por Fernanda Nunes. Em seu estudo, elaborou uma distinção entre ser pai/mãe de um autista e ser um pai/mãe ativista, sendo que, no segundo caso, a experiência de paternagem e maternagem se transforma num ato político. Nas palavras da autora, o tornar-se um pai/mãe ativista "[...] envolve largo processo de expertise política, aprendizagem de termos médicos, técnicos, legislativos e jurídicos, assim como de trâmites burocráticos e negociações junto a vereadores, deputados, senadores e ministros"⁹ (p. 42).

As correspondências de mães e pais de autistas publicadas na década de 1980 no JB certamente representaram uma população muito mais ampla de interessados no tema, e podem ser lidas como ilustrativas da experiência de paternagem e maternagem transformando-se num ato político. As cartas enviadas ao jornal foram instrumentos fundamentais na construção de redes de interesses comuns entre familiares de autistas. Essas redes continuam até os dias de hoje, com diferentes linguagens e suportes tecnológicos, agregando novas pautas ao tema do autismo.

Colaboradores

Leandro e Lopes foram responsáveis pela idealização e redação do artigo. O texto é parte das pesquisas de tese de Doutorado de Lopes, que conta com a orientação de Leandro.

Referências

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União. 28 Dez 2012 [citado 26 Jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm.
2. Codato AN. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. Rev Sociol Polit [Internet]. 2005 [citado 26 Jan 2016]; 25:83-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200008.
3. Libardoni M. Fundamentos teóricos e visão estratégica da advocacy. Rev Estud Fem. 2000 [citado 15 Abr 2015]; 8(2):207-21. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936/11202>.
4. Grinker RR. Autismo: um mundo obscuro e conturbado. São Paulo: Larousse do Brasil; 2010.
5. Cavalcante FG. Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. 2006 [citado 20 Mar 2015]; 28(1):3-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a02v28s1.pdf>.
7. Assumpção Júnior F, Kuczynski E. Autismo infantil: novas tendências e perspectivas. São Paulo: Atheneu; 2015.
8. Silverman C, Brosco JP. Understanding autism: parents and pediatricians in historical perspective. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161(4):392-9.
9. Nunes FCF. Atuação política de grupos de pais de autistas no Rio de Janeiro: perspectivas para o campo da Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
10. Eyal G, Hart B. How parents of autistic children became experts on their own children: notes towards a sociology of expertise. Berkeley J Sociol. 2010 [citado 11 Nov 2016]. Disponível em: https://works.bepress.com/gil_eyal/1/.
11. Ribeiro B. Jornal do Brasil, história e memória. Rio de Janeiro: Record; 2015.
12. Lobo CSL. Na corda bamba – o Jornal do Brasil em tempos de abertura (1978-1985) [Internet]. In: Anais do XI Encontro Regional de História: Democracia e Conflito; 2004; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Nacional de História (ANPUH); 2004. p. 1-10 [citado 10 Mar 2015]. Disponível em: http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305.
13. Espírito Santo P. O que informam as cartas de leitores e leitoras enviadas a jornais impressos: os casos do Estado de Minas e do Le Monde [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2012 [citado 26 Jan 2016]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECID-8XNKCT/pati_1_.pdf?sequence=1.
14. Espírito Santo P, Dumont LMM. As cartas de leitores e leitoras enviadas a jornais impressos: o que querem informar os assinantes do jornal Estado de Minas. Perspect Cienc Inf. 2014 [citado 26 Jan 2016]; 19(2):174-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pci/v19n2/13.pdf>.
15. Epstein S. Impure science: AIDS, activism and the politics of knowledge. Berkeley: University of California Press; 1996.
16. Rocha SAS. Autismo. Jornal do Brasil. 31 Out 1983. p. 10.
17. Brandão OC. Autismo secundário. Jornal do Brasil. 02 Jan 1984. p. 10.

18. Castela CA. Representações sociais e atitudes face ao autismo [dissertação]. Faro, Portugal: Universidade do Algarve; 2013.
19. Moreira MS. Autismo. *Jornal do Brasil*. 03 Nov 1988. p. 10.
20. Rocha PP. Autismo. *Jornal do Brasil*. 25 Nov 1988. p. 10.
21. Fortes PA. Um tremendo baixo astral. *Jornal do Brasil*. 29 Jun 1986. p. 4.
22. Coelho E. Filme na TV. *Jornal do Brasil*. 20 Jun 1986. p. 36.
23. Leon LMP, Akerman P, Bastos T. Autismo e psicose. *Jornal do Brasil*. 06 Nov 1983. p. 10.
24. Leal L. Drama da mãe. *Jornal do Brasil*. 06 Jan 1984. p. 10.
25. Cunha MRRM. Autismo. *Jornal do Brasil*. 25 Ago 1989. p. 10.
26. Silva E. Diagnóstico de autismo confunde os médicos. *Jornal do Brasil*. 18 Ago 1987. p. 7.
27. Rocha PP. Autismo. *Jornal do Brasil*. 30 Ago 1987. p. 10.
28. Villano LAB. Autismo. *Jornal do Brasil*. 01 Set 1987. p. 10.
29. Silva M. Autismo. *Jornal do Brasil*. 17 Set 1987. p. 10.
30. Falleiros I, Lima JCF, Matta GC, Pontes ALM, Lopes MCR, Morosini MVC, et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Ponte CF, organizador. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; 2010. p. 239-78.
31. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2001.

Leandro JA, Lopes BA. Cartas de madres y padres de autistas al *Jornal do Brasil* en la década de 1980. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):153-63.

Este artículo analiza un conjunto de cartas escritas por padres y madres de autistas, publicadas en el *Jornal do Brasil* en la década de 1980. El objetivo del trabajo es contribuir, a partir de un estudio documental realizado en la prensa periódica, para la ampliación de conocimientos sobre aspectos relacionados con la historia del autismo en el país. Su objetivo es demostrar dos puntos: que las correspondencias publicadas en el período expresaron variedad de posicionamientos sobre el entendimiento del fenómeno del autismo y que las cartas pueden entenderse como expresiones de *advocacy* de familiares interesados en acciones de asistencia a los autistas. Los resultados del estudio señalan a padres y madres que transforman su maternidad y paternidad en instrumento político.

Palabras clave: Autismo. Cartas. *Jornal do Brasil*. Década de 1980. *Advocacy*.

Submetido em 22/03/16. Aprovado em 06/12/16.

A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores

Orozimbo Henriques Campos Neto^(a)

Luiz Alberto Oliveira Gonçalves^(b)

Eli Iola Gurgel Andrade^(c)

Campos Neto OH, Gonçalves LAO, Andrade EIG. The judicialization of Health in the perception of physician's prescribing. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):165-76.

This paper analyzes the possible interference of the pharmaceutical industry in prescriptions drugs used in lawsuits against the Brazilian National Health System (SUS). It presents the survey used to build the database with lawsuits by drugs, procedures and equipment for the treatment of various diseases against the State of Minas Gerais. It is the analysis of the perception of the prescribers in order to know their respective positions in relation to the theme of the interference of the pharmaceutical industry in decision-making relating to lawsuits. The theoretical model and methodology used highlights the profile of the interviewees. Finally, it exposes in detail the analysis of the perceptions of prescribers, correlating them with the topic of the influence of the pharmaceutical industry in the current growth of lawsuits.

Keywords: Judicial decisions. Physicians. Drug industry.

Este artigo analisa a possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamentos usadas em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se o levantamento que deu origem ao banco de dados com ações judiciais por medicamentos, procedimentos e equipamentos para o tratamento de diversas doenças contra o Estado de Minas Gerais. Justifica-se a análise da percepção dos prescritores, com intuito de conhecer as suas respectivas posições em relação ao tema da interferência da indústria farmacêutica nas tomadas de decisões relativas às ações judiciais. O modelo teórico e metodológico utilizado destaca os perfis dos entrevistados. Por fim, expõe-se, em detalhes, a análise das percepções dos prescritores, correlacionando-as com o tema da influência da indústria farmacêutica no atual crescimento das ações judiciais.

Palavras-chave: Decisões judiciais. Médicos. Indústria farmacêutica.

^(a) Secretaria Municipal de Saúde de Pedro Leopoldo. Rua Flor de Jupiter, 40, Bloco 1, Apto. 803, bairro: Liberdade, Belo Horizonte, MG, Brasil. 31270-213. zimboneto@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Ciências Aplicadas a Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. jerebereokoro@gmail.com

^(c) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. iola@medicina.ufmg.br

Introdução

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem protagonizado um debate cada vez mais complexo. Tal foi a expansão da judicialização nos últimos anos que, em 2010, o Conselho Nacional de Justiça passou a formular estratégias e diretrizes para a atuação judicial em saúde, prenunciando uma inédita “política judiciária” no setor¹. As decisões judiciais buscam garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, mas interferem na decisão da alocação de recursos, contraditando o princípio da equidade em saúde^{2,3}. Os conflitos tornam-se mais graves quando se considera que, no vértice de tais decisões, encontra-se uma prescrição médica^{4,5}. Os saberes médicos que fundamentam os diagnósticos que dão suporte às decisões judiciais estão associados a inúmeras especialidades da medicina, o que torna ainda mais complexo o universo por meio do qual se tem efetivado a judicialização da saúde no país.

O volume de processos e o dispêndio de recursos públicos, especialmente para estados e municípios, põe, em cena, atores ainda pouco examinados como os médicos, magistrados e a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos^{6,7}. Muitas das ações judiciais executadas em estados brasileiros foram analisadas em profundidade por Asensi e Pinheiro¹ em um estudo multicêntrico, no qual explicitam a expansão e a consolidação da judicialização em seis Tribunais de Justiça, em 2011 e 2012. A partir destas configurações estaduais, os autores destacam ‘a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde’, identificando sua presença, seja em uma pequena Comarca do interior ou no Supremo Tribunal Federal.

Este artigo faz parte de um estudo sobre a judicialização da saúde em Minas Gerais, que identificou ações contra o estado entre 1999 e 2009⁸. Neste período, ocorreram 6.112 ações judiciais que demandavam diferentes tratamentos e equipamentos destinados a diversas doenças. Identificaram-se 6.601 diagnósticos que esclareciam para qual problema pacientes buscavam aceder, por via judicial, medicamentos, equipamentos ou tratamentos. Entre os processos, 568 foram originários: da reumatologia, endocrinologia (377), psiquiatria (348), urologia (336), oncologia (277), cardiologia (267), neurologia (256), pneumologia (153), hematologia (132) e pediatria (122). Atuaram como prescritores: 206 endocrinologistas, 12 cardiologistas, seis clínicos, quatro cirurgiões, quatro infectologistas, dois pneumologistas, dois anestesiológicos, além de oncologista, angiologista, geriatra, ginecologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, pediatra e psiquiatra com uma prescrição.

Embora todas as ações judiciais tenham impacto nas políticas públicas de saúde, no presente trabalho, iniciou-se a fase qualitativa do estudo, pelos casos que envolviam, exclusivamente, o diabetes *mellitus*, por ser esta uma doença com avanços e conquistas importantes nos últimos vinte e cinco anos, no Brasil⁹, envolvendo medicamentos e acompanhamento disponíveis gratuitamente pelo setor público a todos os portadores da doença. Justamente por isso, o acesso ao tratamento, hipoteticamente, não deveria ser objeto de judicialização.

Contrariamente, foram detectadas, no Estado de Minas Gerais, 422 ações envolvendo pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo I, II ou gestacional. Os dados não esclareciam o que teria motivado o processo judicial. O que teria levado os médicos a atuarem nessas ações? Seriam os interesses da indústria farmacêutica? Seriam outros fatores?

Teoria e procedimentos metodológicos

A escolha dos sujeitos da pesquisa, instrumentos de coleta e de análise foi feita em três etapas. Na primeira, o complexo universo de ações judiciais e de especialidades levou-nos a selecionar dois endocrinologistas (M1 e M2), considerando ser esta a especialidade médica mais presente nas ações de pacientes com diabetes. Esperava-se que esses prescritores já tivessem conhecimento da política pública para a doença. Priorizou-se a diferença de sexo e o número de ações em que participaram. M1, feminino, contava com uma pequena quantidade de ações (seis). M2, masculino, tinha o maior número dentro de todo o banco de dados (38). Outro critério foi a relação com a academia. Ambos são professores e pesquisadores.

Na segunda etapa, relativa ao instrumento de coleta de dados, a opção metodológica foi o Interacionismo Simbólico¹⁰. Nesse desenho, Denzin e Lincoln¹¹ identificaram diferentes técnicas de entrevistas que são aplicadas como instrumento de coleta de dados, capazes de dar visibilidade às representações, descrições das rotinas e significados que os entrevistados atribuem às suas preocupações. Nesta investigação, a escolha recaiu sobre o instrumento que Flick¹² denomina de 'entrevista centrada no problema'. Seguindo seus passos, introduziu-se, inicialmente, o que o autor chama de 'entrada conversacional'. Em seguida, passou-se para a fase das 'injunções gerais e específicas'¹². Por fim, fez-se uso de questões *ad hoc* todas as vezes que surgiam, na entrevista, situações que não haviam sido consideradas no planejamento do estudo, mas que poderiam esclarecer aspectos do fenômeno pesquisado.

No início da conversação, explicitou-se a visão dos pesquisadores sobre a atual política do tratamento de diabetes no Brasil, que avançara em termos de universalização do atendimento, com acesso a medicamentos e assistência oferecidos pelos serviços estaduais e municipais do SUS.

As 'injunções gerais e particulares' foram embasadas em estudos que tratavam das relações entre médicos e indústrias farmacêuticas, identificando interesses dos dois lados que poderiam estar envolvidos no aumento das ações judiciais^{6,7,13}. Os estudos mostravam quanto o ponto de vista dos médicos balizava a decisão dos magistrados^{1,14}. Alguns analisaram os elos entre as empresas, universidades e o marketing de medicamentos^{15,16}. Pelo fato de os entrevistados serem professores em cursos de Medicina, considerou-se, na análise dos dados, como eles tratavam o tema da judicialização da saúde com seus estudantes.

Entendeu-se ser este um tema pertinente porque estudos recentes mostram que cursos de formação na área da saúde possuem papel social importante para ampliar e aperfeiçoar o SUS^{17,18}. Barros¹⁹ destaca o valor da "educação médica como um requisito para o bom desempenho profissional" (p. 147), como uma forma de resistir à propaganda irresponsável de medicamentos, patrocinada pela indústria farmacêutica. Esta busca induzir futuros médicos, por meio de propaganda de medicamentos, desde o primórdio de sua formação universitária. Peres e Job²⁰, estudando as 'percepções éticas' de estudantes de Medicina, identificam que 98%, em uma mostra de cem alunos, "conheciam a influência das ações das indústrias farmacêuticas" (p. 521), embora "ignorassem certos mecanismos que estas empresas utilizavam" (p. 515), tornando-os, assim, "vulneráveis à propaganda no meio acadêmico" (p. 515). Outro estudo mostrou o posicionamento de estudantes de medicina acerca da oferta de presentes que a indústria farmacêutica fazia a políticos para que estes atendessem aos interesses das mesmas, a maioria rejeitava a ideia. Entretanto, quando se falava sobre a oferta de presentes com o mesmo valor, só que dirigida a estudantes, estes não viam nenhuma impropriedade²¹. Diante desse paradoxo, os autores se interrogavam sobre qual seria o papel dos professores diante das possíveis intervenções que as indústrias farmacêuticas podiam exercer na formação dos estudantes.

Na sequência da metodologia, apresentam-se, na terceira etapa, as percepções dos sujeitos entrevistados, destacando a forma como interagiam com outros agentes envolvidos na judicialização. A partir dos relatos buscou-se, por meio da análise do discurso, compreender os significados que eles atribuíam às suas próprias ações e às empreendidas pelos demais agentes no processo de judicialização.

Os preceitos para análise se baseiam nas premissas de Blumer¹⁰, adaptando-as ao tema da judicialização da saúde e ao contexto histórico-social, no qual se intensifica o protagonismo do Judiciário na 'efetivação da saúde', sempre afirmando sua tomada de decisão no imperativo da indicação médica. Embora esteja se passando, de fato, por essas transformações, as premissas interacionistas simbólicas destacam que estas mudanças de significado não se dão automaticamente. Ao contrário, ocorrem nas interações sociais.

No presente artigo, buscou-se mostrar como os prescritores entrevistados compreendiam as suas ações e práticas para atender a demanda judicial solicitada, seja pelo paciente ou por um advogado. Que significados eles atribuíam à doença do paciente, ao tratamento padrão oferecido pelo estado ou a sua ausência, que levava à demanda judicial? Como eles descreviam o medicamento ou o equipamento que prescreviam? Interessava, por fim, compreender que percepção construíram sobre o direito individual e as implicações das inovações tecnológicas para a política de saúde e a equidade social.

O que significa o diabetes para eles?

Ao apresentarem suas posições, os entrevistados revelam a visão que cada um deles tem do diabetes enquanto doença crônica. Em suas descrições, aparecem representações sociais²², construídas pela indústria farmacêutica, sobre indivíduos com doenças crônicas, com um enorme apelo midiático e propagandista, sustentados pelos meios de comunicação.

Os perfis dos portadores de diabetes foram utilizados pelos prescritores, como justificativa de seus aceites para as ações judiciais. M1 define o diabetes como uma síndrome, pois, segundo ela, o paciente tem “uma alteração sistêmica que afeta o corpo por inteiro (...) os olhos, os rins, os pés, o coração...”. Incorpora-se ao conceito do diabetes a dimensão da complexidade. Além de afetar o corpo integralmente, exigiu-se do mundo acadêmico um enorme processo de “fatiamento” do saber, que se reflete em diferentes especialidades da área médica.

Sobre essa complexidade associada ao diabetes, M2 não só a reforça como incorpora outra dimensão ao seu atendimento, que esbarra no fato de ser ela uma “doença silenciosa” que, ao longo de sua descoberta, foi apresentando uma série de desdobramentos que exigiram ações judiciais para serem contemplados.

Relatos de M1 esclarecem que é com o conhecimento técnico-científico dessas diferenças que se pode enfrentar uma parte do “problema” que emerge das exigências da ação judicial, na qual o prescritor tem de justificar a demanda de um medicamento específico que não faça parte da lista do SUS. A questão deixada no ar por M1 é saber se todos os prescritores estão preparados para o desafio de diferenciarem as especificidades da doença de seus pacientes, e se o Judiciário tem competência na tomada de decisão final:

“[...] um grande problema da questão da judicialização (é) exatamente pelo desconhecimento de quem está do outro lado [...] o paciente falou que isso é importante’ ou ‘um determinado médico falou que isso é importante’ o juiz ou a pessoa que vai determinar não tem a condição técnica de avaliar se aquilo é importante ou não. E aí, ele decreta: ‘tem que ser feito’”. (M1)

Outros estudos já haviam sinalizado a ausência de especialistas na tomada de decisão judicial²³. Entretanto, essa é uma visão parcial. Por exemplo, M2 observa que a expertise de outros profissionais colabora nas ações judiciais: “Tem alguns advogados que trabalham nessa área de justiça, tem uns três deles que parece que sabem o caminho das pedras. Tem uma nutricionista que é do Direito [...] sabe como que funciona. Ela foi fazer direito e já se especializou” (M2).

Aos poucos, os relatos vão compondo um cenário com mais detalhes sobre as práticas que estão sendo postas em andamento no que concerne às ações judiciais da saúde. Advogados e nutricionistas se apropriam, no exercício de suas respectivas funções, de estratégias eficientes para conseguirem sucesso na ação corroborada.

Indústria farmacêutica e medicina

Questionando M1 e M2 acerca das estratégias persuasivas dos laboratórios para conseguirem impor os seus medicamentos no mercado, obteve-se, como resposta, um cenário conflitante, no qual vários fatores são apresentados como possíveis elementos que compõem esse contexto da judicialização:

“a indústria farmacêutica estimula a mídia a fazer isso. Oferece até para o médico, benefício em alguma outra questão, e isso é real [...]. Eu vivo isso no meu dia a dia, não de uma forma explícita [...] sei de pessoas para quem isso é explícito. Para mim, eles não têm coragem porque eu bloqueio. Eles oferecem de uma forma que você pode ou não cair na rede. Dependendo do seu discernimento você vai ou não fazer aquilo. Eu acho que tem a questão da mídia, tem a questão do paciente, tem a questão do desconhecimento”. (M1)

A mídia e os prescritores são colocados no mesmo patamar de estímulos da indústria. Diferentemente da posição dos autores anteriormente analisados¹⁹⁻²¹, M1 não atribui à mídia a

responsabilidade do *marketing* para a venda de medicamentos, mas, sim, à própria indústria que estimula a mídia a apresentar os medicamentos como uma simples mercadoria. M1 relativiza um jargão que penaliza os representantes das indústrias como os únicos responsáveis por introduzirem seus produtos no mercado, cooptando a mente dos prescritores em suas redes. M1 problematiza essa imagem à medida que coloca os prescritores na condição de agentes ativos capazes de tomar decisões autônomas e não aceitar participar da rede. Mas, para isso, é preciso que eles tenham “discernimento”, que, para M1, está vinculado a certo grau de conhecimento sobre o medicamento e/ou produto que prescrevem. O que estaria na base da ação da indústria para persuadir a aquisição de um medicamento é o “desconhecimento” que M1 exemplifica, questionando o uso que hoje se faz do Wikipedia: “A indústria escreve a mensagem, o leigo, que desconhece o assunto; acha que tudo aquilo é a verdade absoluta”. Embora M1 considere que a indústria persuade os pacientes a consumirem, e defende que essa estratégia não é invencível. Para esclarecer o paciente sobre a informação recebida pelo “Google”.

“[...] uma coisa que eu faço é [...] quando eles chegam querendo Glargina, eu falo ‘vamos ler?’ ‘vamos pegar aqui o Dr. Google?’ ‘onde você viu? Me mostra.’ Porque aí eu vou conseguir entender o que ele leu e como que eu posso abordar o que ele leu”.

M2 exprime outra versão acerca da interferência da indústria farmacêutica. O ponto central de seu argumento recai sobre um dos paradigmas dominantes relativos à política de medicamentos no atual contexto mundial. Ele defende que “a relação entre medicina e indústria é necessária e tem que ser uma coisa harmoniosa”. M2 recorre a uma perspectiva bastante difundida no Brasil, que tende a minorar a crítica à ganância lucrativa das indústrias farmacêuticas, ressaltando o seu papel científico, em primeiro lugar, e, depois, a sua função social^{24,25}.

Indústria farmacêutica e a pesquisa científica

M2 justifica a interferência da indústria nos núcleos universitários se baseando na produção de conhecimento técnico que vive, atualmente, um enorme avanço. Afirma que “precisamos da indústria para investir nesse (campo)”. Essa afirmação nasce de suas interações com pesquisadores em congressos que frequenta desde que finalizou sua residência médica. M2 declara ter ido a, pelo menos, um congresso nos Estados Unidos, todos os anos. Frequentou-os, também, na Europa. É a partir dessas vivências que M2 justifica a interferência da indústria na produção do conhecimento científico:

“[...] Num congresso eu gosto muito de ver a seção de pôsteres. Você tem ali, o pessoal que trabalha com pesquisa [...]. Na hora que eu chego lá [e vejo que] é patrocinado por algum laboratório eu já olho com um certo pé atrás. [Mas] eu vou olhar, vou ler [se] eu gosto daquela ética. O laboratório pode te ajudar, sim, mas não vai influenciar nos resultados. Então, é preciso que você tenha que olhar dos dois lados”. (M2)

O duplo olhar sugerido por M2 aparece em pesquisas que focalizam a percepção dos médicos acerca da influência da indústria farmacêutica na produção científica. No estudo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)²⁶, 62% dos seiscentos médicos que responderam ao questionário avaliam positivamente a relação do profissional da medicina com a indústria farmacêutica e, ainda, a reconhecem como sendo o lócus que fornece ‘bom atendimento técnico e informações científicas atualizadas’. Estas são difundidas, sobretudo, em congressos e cursos que não se viabilizariam sem o apoio das indústrias farmacêuticas, segundo 53% dos médicos que fizeram parte do referido estudo.

M2 defende essa mesma ideia e declara ser, ele mesmo, um difusor das informações científicas que os laboratórios vêm produzindo nos últimos anos. Sobre esse assunto, registram-se, no seu depoimento, elementos que são comuns à prática dos *speakers*, função que ele exerce já há alguns anos nos congressos dos quais tem participado. Tem uma diferente interpretação acerca da ética na relação entre indústria farmacêutica e médicos palestrantes. Seu conceito de ética repousa em dois

pilares: o do indivíduo (prescritor) e o da indústria. Em relação ao primeiro, M2 define a ética da seguinte maneira: “[...] quando a gente fala de ética, a gente fala de moral. A ética é a moral pessoal da cada um. É isso que eu penso. Ninguém vai mudar a minha cabeça [...] nem me fazer lavagem cerebral. Isso não acontece comigo” (M2).

O entrevistado identifica a ética com a moral, embora os filósofos as tenham distinguido em suas reflexões. Nosella, na sua obra *Ética e Pesquisa*²⁷, diz que:

Ética significa, em primeiro lugar, o ramo da filosofia que fundamenta científica e teoricamente a discussão sobre valores, opções [liberdade], consciência, responsabilidade, o bem e o mal, o bom e o ruim etc., enquanto o termo *mos-moris* [moral] refere-se principalmente aos hábitos, aos costumes, ao modo ou maneira de viver. Assim, qualifica-se um certo hábito ou costume de virtuoso ou vicioso e um certo modo de agir ou viver de moral ou imoral. Ao contrário, o termo ética, por remeter à fundamentação filosófica da própria moral, geralmente não se qualifica. (p. 256)

Com base na distinção apresentada acima, pode-se dizer que M2 orienta a sua visão acerca do caráter ético das ações dos *speakers*, como algo que se relaciona a certo modo do agir individual (muito mais moral), e não a uma disciplina que fundamenta os valores e/ou a responsabilidade de quem toma a decisão. Afirma, convictamente, que não há problema nenhum em ser financiado pelas empresas para fazer conferências sobre os seus produtos. Garante que, moralmente, não se deixa contaminar por seus interesses lucrativos.

Segundo M2, quem tem de ser punida é “aquela indústria que está eticamente descompromissada de seu papel social”. M2 constrói uma representação social da indústria farmacêutica como um agente que controla os preços dos medicamentos no mercado competitivo. Revela que, na sua prática enquanto endocrinologista pediátrico, faz uso de estratégias financiadas pelos setores empresariais para moldar o comportamento de crianças portadoras de diabetes em atividades recreativas. Não vê, nesse gesto, interesses comerciais. A presença de laboratórios privados e de redes farmacêuticas poderosas em seus projetos voltados à infância é vista como uma ação social filantrópica, e não como um modelo de intervenção que poderia vir a influenciar as famílias das crianças atendidas a entrarem com processo judicial contra o Estado para conseguirem as inovações da área.

M2 detalha o que entende por papel social da indústria. Produz uma imagem de cooperação amistosa, que conta com o financiamento de empresas farmacêuticas articuladas a uma rede privada de drogarias. Trata-se de acampamentos realizados em finais de semana, nos quais se reúnem crianças portadoras de diabetes, com objetivo de que aprendam a fazer uso dos medicamentos e produtos para o tratamento. A equipe é formada por:

“[...] estudantes de quarto e quinto ano de medicina, três nutricionistas para ensinar às crianças o que comer [...] quatro farmacêuticos vinculados a uma rede de drogarias. O objetivo é de que tenham contato pessoal com as crianças [...] tem também os alunos residentes, levados com intuito de que desenvolvam um aprendizado e carinho com a criança e com o adolescente diabético. Somos três endocrinologistas, mas têm colônias que chegam a ter quatro. Tem uma enfermeira e dois educadores físicos para ensinar que diabetes não é só aplicar insulina. A colônia funciona mais ou menos assim”. (M2)

As estratégias fazem parte de um empreendimento que necessita de um grande investimento. A literatura sobre essa temática já havia mostrado que essas colônias no Brasil são uma ação que tem sido estudada desde a década de 1980²⁸. No exemplo acima, vê-se a presença de estudantes da graduação e de residência médica, ou seja, a proposta está sustentada em ações universitárias.

M1 localiza a influência das indústrias farmacêuticas na percepção que os prescritores têm das disputas no mercado. Os interesses da indústria aparecem nos congressos, nas mesas de debate. Embora os palestrantes cuidem para não tratar dos medicamentos testados em suas pesquisas com o nome que os associe à indústria, os conflitos se revelam apesar de todos os esforços para camuflá-los.

M1 exemplifica esses conflitos, em um seminário nacional, no qual se debatiam os efeitos que a glargina poderia produzir em gestantes. Surgiram outras questões de ética que não coincidem com as mesmas que foram discutidas acima. Aqui ela se relaciona à pesquisa científica, aos cuidados que os pesquisadores precisam ter com os sujeitos de estudo. Os procedimentos que são exigidos na pesquisa acadêmica podem não ser seguidos pelas indústrias fora de seus países de origem. A crença que se desenvolveu a partir dos ensaios clínicos os transforma em evidências inquestionáveis. O problema incontrolável é que efeitos adversos não previstos pelos pesquisadores no início de seu estudo podem aparecer depois de muito tempo de uso do medicamento.

Um exemplo relatado por M1 foi o de um seminário no qual ela discordou de um conferencista que, na época, era uma referência entre os endocrinologistas, pelo fato de exaltar o uso da glargina para gestantes diabéticas, com os adjetivos “bom”, “maravilhoso”. M1 justifica a sua recusa:

“... as grávidas diabéticas passam por mim, vem gente do Estado todo tratar aqui; temos um ambulatório específico de grávida com diabetes tipo um, tipo dois [...] a Glargina não pode ser usada na gravidez de forma alguma²⁹⁻³¹. E todo mundo aí fora está usando indiscriminadamente. Todo mundo usa igual água. Eu contraíndico. Mas ninguém me escuta, por quê? Porque os *speakers* são todos comprados. Tenho medo deles, porque muitos têm essa questão de estar envolvido com a indústria. Eles são selecionados para falar nos seminários. Passam entre a gente uma tabelinha, perguntando quem gostaríamos que falasse de Glargina. Aí coloca uma série de nomes [...] e aí eles vão ‘naquele’ cara que é o ‘cara’”. (M1)

M1 aponta que as indústrias não só financiam diárias dos *speakers* como usam procedimentos de escolhas de nomes de especialistas para que sejam apontados pelos possíveis participantes, dando-se a sensação de que os seus nomes foram selecionados por aqueles que farão parte do debate, e não pelos agentes empresariais.

M2, ao reagir às nossas questões acerca dos conflitos de interesse existentes nesses congressos, usou um argumento do senso comum para mostrar que suas palestras não refletem os seus patrocinadores:

“Eu nunca dei uma palestra de *Lantus*, agora, eu vou [ao congresso] falar da Glargina; Você não vai me escutar falar no nome comercial. Mas, sim, porque a Glargina é diferente em relação a NPH [...] eu escutei isso lá na Europa, escutei isso nos Estados Unidos. Eu tenho minha opinião no meu consultório, vou dividir isso com meus colegas, com meus pares, e aí você vai ter a ética; vai se vender por uma insulina”. (M2)

M2 descreve a estratégia usada pelos *speakers* ocultando o nome da indústria que produz e patrocina a sua ida ao congresso. Mas não dá para desconhecer que a Glargina era produzida com esse princípio ativo por uma única empresa farmacêutica. Logo, todos os participantes do congresso, naquele momento, sabiam a qual indústria aquela insulina pertencia.

M2 deixa claro que se opõe às suspeitas que se tem sobre a Glargina como impeditiva às gestantes, tal como M1 levantou em seu depoimento. Segundo os *speakers* que a defendem, faltam estudos que comprovem a emergência de câncer. M1 reflete sobre essas inseguranças que a indústria consegue driblar com argumentos que o mundo acadêmico conhece e usa com muita frequência:

“Os estudos que começaram a surgir há uns quatro ou cinco anos atrás discutiam nos congressos exatamente o aumento da incidência de câncer, de neoplasias malignas, com o uso da insulina Glargina. E seu uso determinou o crescimento de algumas células, daí, o câncer de mama, câncer de intestino, câncer de estômago, enfim, vários tipos de neoplasia foram detectados, numa incidência um pouco maior no grupo que usava Glargina, do que no grupo que não usava^{32,33} [...] Mas só que isso, a própria indústria farmacêutica começou a jogar isso abaixo, ‘não existe estudo, tem pouco tempo...’ ‘para a gente falar do aumento da incidência de câncer a gente tem que ter mais tempo...’ e isso ficou na berlinda, e quando você discute

isso, quando você vai ao congresso, que você faz uma pergunta para o palestrante sobre isso, eles desconversam... 'não, não tem prazo sobre isso, não tem tempo, os estudos são inconclusivos...' e aí ninguém discute mais". (M1)

O argumento de que faltam exames para comprovar que o uso de Glargina é um indutor de neoplasias em gestantes não afeta as ações judiciais. Prescreve-se a referida insulina sem que essa suspeita seja posta em questão. Isso explica as razões pelas quais essa prescritora descreveu o desconhecimento dos magistrados como um dos problemas que afetam o tema. M2 entende que essa questão tem sido discutida nos congressos:

"O pessoal da Universidade Federal alertou: "ah essa insulina pode provocar câncer. Saiu um estudo do diabetes tipo dois com incidência de câncer, com essa insulina. Isso foi extremamente debatido em todos os congressos. Porque na realidade, o diabético tipo dois tem uma chance maior de desenvolver câncer, mas dentro da Universidade Federal eles não prescrevem essa insulina, eles preferem prescrever NPH, que tem quarenta anos". (M2)

O seu relato deixa entrever que a falta de estudos afeta mais os diabéticos tipo II, que se encontram entre aqueles que mais entram com ações judiciais para conseguir a Glargina, previstas apenas para o portador de diabetes tipo I. Isto justifica, para M2, as ações judiciais. Reflete a lógica que os defensores da iniciativa privada apresentam para justificar a entrada de medicamentos ou de equipamentos no mercado brasileiro. Um exemplo dessa pressão industrial é relatado por M2. Este apresentou um grande número de ações judiciais voltadas para a aquisição e inclusão das bombas infusoras de insulina. Ao ser interrogado sobre essas ações, M2 diz:

"Nem sei quanto custa uma bomba direito! Ainda bem que tem duas hoje no Brasil, deveria ter cinco; a concorrência ajuda, a concorrência é interessante para todo mundo. A concorrência também ajuda a baixar o preço das medicações, a indústria tem um papel muito interessante do ponto de vista social; a colônia não existiria se não fosse a indústria me ajudando, todos os laboratórios, os concorrentes estão juntos, eles estão visando a questão social". (M2)

O que se anuncia no discurso de M2 reflete parte dos enunciados defendidos por representantes das empresas privadas no Brasil e no mundo, nos quais se retomam antigos temas acerca da liberdade de mercado, no qual a concorrência em si resolveria as questões de consumo de medicamentos, atenuando as deficiências do setor público. Ele descreve um programa executado em diferentes partes do Brasil ao qual presta assessoria direta:

"A indústria, tem um programa que os empresários criaram. Fizeram um *pool* de laboratórios [...] você tem um colocando fitas mais barato, outro colocando Glargina, Lantus, isso no Brasil todo, 50% mais barato. Quer dizer, se eles conseguem nesse programa, vender 50% mais barato, eles podem vender mais barato para o governo também, quer dizer, por que não abaxam o preço para a população? [...] a indústria tem esse valor social interessante". (M2)

Fica claro como as indústrias farmacêuticas estão se aproximando dos prescritores, que se abrem a elas para promoverem os seus produtos. São estes colaboradores diretos que promovem os discursos necessários que o mundo empresarial precisa para chegar perto daqueles que são os demandantes potenciais das ações judiciais, que favorecem, também, os interesses empresariais. Para justificar a sua atitude de fornecer as prescrições para os advogados entrarem com a ação, M2 diz:

"Os maiores cientistas do mundo tem conflitos de interesse com 18 laboratórios. Congressos não tem conflito de interesse com ninguém [...] fui convidado pelo laboratório para dar aula. Logo vou dizendo quem me trouxe aqui foi o laboratório X. Declarar isso, eu acho, faz a gente

ser ético. Que é a melhor coisa do mundo. Sou convidado por laboratórios concorrentes, lá vou falar de outro produto que também é concorrente deles. Então, você fica mais à vontade ainda. Porque, se vários estão me chamando é porque você está ali falando dos estudos daquele produto. Quem tem que fazer propaganda é o laboratório, não o médico. Agora, então esse laboratório me chamou para falar lá, e não significa que eu não vou falar do concorrente deles. Fica ético, pois só tem médico na sala. A discussão fica ética, fica gostosa, fica boa". (M2)

Os laboratórios farmacêuticos têm se servido de acadêmicos para difundir seus produtos. M2 revela a forma como pesquisadores das universidades estão sendo integrados nas ações difusoras de medicamentos no contexto atual. Declara não se constringer em agir dessa forma e não vê, nesses gestos, conflitos de interesse. Não tem nenhum impedimento para emitir ações judiciais, destaca as cópias das cartas enviadas à justiça:

"'Estão todas aqui para me facilitar, pois tenho que fazer isso o tempo todo' não é só porque o cara é pobrezinho que está lá no SUS não, todos nós temos direito, a gente paga o SUS, por que eu não posso me beneficiar da medicação? Uma coisa é óbvia, você não vai querer usar isso para o seu filho? Um medicamento que é melhor? A gente tem que pensar no coletivo, por isso que eu penso no filho, eu preciso dar a melhor medicação. Hoje o médico tem que pensar e falar de todo esse envolvimento emocional...e agora eu tenho que ser assistente social? Prescrever aquilo que tem lá no SUS e não aquilo que é o melhor para ele!". (M2)

M2 incorpora uma dupla dimensão de fortalecimento das pesquisas das indústrias farmacêuticas associadas à maior concorrência para controle dos preços; e, por fim, indica a possibilidade de introduzir as ações judiciais para incluir o direito de todos na perspectiva da equidade social.

Considerações finais

Na perspectiva interacionista simbólica, ao se investigarem os sentidos e significados que os médicos entrevistados atribuíam às prescrições que sustentavam os processos, buscou-se conhecer como eles viam a interferência das indústrias farmacêuticas. As respostas confirmavam conflitos de opiniões que foram registrados por estudos relativos à judicialização da saúde. Mas, também, trouxeram detalhes que permitem visualizar, na prática, as estratégias que as indústrias têm utilizado para convencerem pacientes e/ou médicos do uso de medicamentos ou equipamentos, que ainda não estão padronizados no SUS.

Além das estratégias de propaganda pelos meios de comunicação, os entrevistados registraram assédios da indústria, ao se aproximar de estudantes de medicina na graduação e durante a residência, com estratégias que camuflam seus interesses, atrelando-os a ações filantrópicas. Registra-se uma prática, em várias regiões do Brasil, na qual as indústrias farmacêuticas apoiam experiências comunitárias que reúnem crianças e jovens portadores de diabetes, com vistas a introduzirem novos equipamentos, como as bombas de insulina. Nos congressos médicos, identificam-se intervenções das indústrias. Os entrevistados relatam suas participações nesses eventos e descrevem os embates entre representantes que se materializam nas palestras dos *speakers*. Registram momentos nos quais se desqualificam as dúvidas sobre os efeitos adversos de novos medicamentos com base na ciência.

Por fim, no relato dos prescritores, vê-se a forma como tratam do tema em sala de aula. Esse momento é propício para discutirem com os estudantes o assédio das indústrias e suas estratégias para ligar os futuros prescritores aos seus produtos. Houve situações de inclusão dos alunos nas ações promovidas pelas indústrias, mas, também, situações em que se problematizou a presença dos laboratórios nos cursos e estágios. Nos dois casos analisados, detectou-se que ambos têm consciência da intervenção da indústria farmacêutica. Contudo, o aumento das ações judiciais acontece, também, por deficiência da política pública ou desconhecimento de quem toma a decisão.

Colaboradores

Orozimbo Henriques Campos Neto participou ativamente da concepção do artigo na definição dos objetivos, análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves participou ativamente da concepção do artigo na definição dos objetivos, análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Eli lola Gurgel Andrade participou ativamente da discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.
2. Ventura M, Moraes LSC, Pepe VLE. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20():77-100.
3. Pepe VLE, Ventura M, Santana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010; 26():461-71.
4. Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Júnior AA, Dias da Silva G, et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e da medicalização da justiça. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18Supl4:S46-50.
5. Delduque MC, Vazquez E. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(105):506-13.
6. Campos Neto OH, Andrade EIG, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Cherchiglia ML, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(5):784-90.
7. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3):421-9.
8. Andrade EIG. Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais. Belo Horizonte. 2010; (CNPq/FAPEMIG).
9. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(5):952-7.
10. Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortesen D, editor. *Teoria da comunicação: textos básicos*. São Paulo: Mosaico. 1980; p. 119-37.
11. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. London:Sage; 1994.
12. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3a Ed. Porto Alegre: Bookmam; 2009.
13. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para a sua interpretação. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(29):313-26.
14. Gadelha MIP. O papel dos médicos na judicialização. *Rev CEJ (Brasília)*. 2014; Ano XVIII 62:65-70.
15. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1):190-6.
16. Rabello ET, Camargo Jr KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):557-67.

17. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3):383-93.
18. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc*. 2011; 20(4):884-99.
19. Barros JAC. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO; 2004.
20. Peres G, Job JRPP. Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(4):515-24.
21. Palácios M, Rego S, Lino MH. Promoção e propaganda de medicamento em ambientes de ensino: elementos para debate. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(27):893-905.
22. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
23. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(4):706-13.
24. Gadelha CAG, Maldonado J. O papel da inovação na indústria farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do complexo industrial da saúde. In: Buss P, Carvalheiro J, Romero C, organizadores. *Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 41-59.
25. Gadelha CAG. O investimento no complexo industrial da saúde e a melhoria das desigualdades em saúde. Entrevista em 01/08/2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/o-investimento-no-complexo-industrial-da-saude-e-a-melhoria-das-desigualdades-em-saude>.
26. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pesquisa inédita do Cremesp 2009/2010. Os médicos e os laboratórios farmacêuticos. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf>.
27. Nosella P. Ética e pesquisa. *Educ Soc (Campinas)*. 2008; 29(102):255-73.
28. Heleno MG, Vizzotto MM, Mazzotti T, Cressoni-Gomes R, Modesto SEF, Gouveia SRF. Acampamento de férias para jovens com diabetes mellitus tipo I: achados da abordagem psicológica. *Bol Psicol*. 2009; 59(130):77-90.
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Institut National de Prevention et d'Education Pour la Sante (Inpes). Guide methodologique: Structuration d'un programme d'education therapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2008 [citado 12 Jan 2013]. 20(Hors serie):1-92. Disponível em: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dunprogramme-deducation-therapeutique-du-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques.
30. Haute Autorité de Santé (HAS). Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP: Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2013 [citado 12 Jan 2013]. Chapitre : Stratégie médicamenteuse – patientes enceintes ou envisageant de l'être. Disponível em: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/argumentaire_strat_med_femmes_enceintes.pdf.
31. Bouché C, Bismuth E, Caliman C, Lepercq J, Lubin V, Rougé D, et al. Prise en charge de la grossesse au cours du diabète de type. *Extrait Méd Mal Métabol*. 2011; 5(11):7-19.
32. Currie CJ, Poole CD, Gale EA. The influence of glucose-lowering therapies on cancer risk in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009; 52(9):1766-77.
33. Colhoun HN. Use of insulin glargine and cancer incidence in Scotland: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. *Diabetologia*. 2009; 52(9):1755-65.

Campos Neto OH, Gonçalves LAO, Andrade EIG. La judicialización de la salud en la percepción de los médicos prescriptores. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):165-76.

Este artículo analiza la posible interferencia de la industria farmacéutica en las prescripciones de medicamentos, utilizadas en acciones judiciales contra el Sistema Único de Salud (SUS). Se presenta el levantamiento que dio origen al banco de datos con procesos judiciales por medicamentos, procedimientos y equipos para el tratamiento de diversas enfermedades contra el Estado de Minas Gerais. Se justifica el análisis de la percepción de los prescriptores con el objetivo de conocer sus respectivas posiciones con relación al tema de la interferencia de la industria farmacéutica en las tomas de decisión relativas a los procesos judiciales. El modelo teórico y metodológico utilizado destaca los perfiles de los entrevistados. Finalmente, se expone en detalles el análisis de las percepciones de los prescriptores, correlacionándolas con el tema de la influencia de la industria farmacéutica en el crecimiento actual de los procesos judiciales.

Palabras clave: Decisiones judiciales. Médicos. Industria farmacéutica.

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

The judicialization of Health in the perception of physician's prescribing

Orozimbo Henriques Campos Neto(a)

Luiz Alberto Oliveira Gonçalves(b)

Eli Iola Gurgel Andrade(c)

(a) Secretaria Municipal de Saúde de Pedro Leopoldo. Rua Flor de Jupiter, 40, Bloco 1, Apto. 803, bairro: Liberdade, Belo Horizonte, MG, Brasil. 31270-213. zimboneto@yahoo.com.br

(b) Departamento de Ciências Aplicadas a Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. jerebereokoro@gmail.com

(c) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. iola@medicina.ufmg.br

This paper analyzes the possible interference of the pharmaceutical industry in prescriptions drugs used in lawsuits against the Brazilian National Health System (SUS). It presents the survey used to build the database with lawsuits by drugs, procedures and equipment for the treatment of various diseases against the State of Minas Gerais. It is the analysis of the perception of the prescribers in order to know their respective positions in relation to the theme of the interference of the pharmaceutical industry in decisionmaking relating to lawsuits. The theoretical model and methodology used highlights the profile of the interviewees. Finally, it exposes in detail the analysis of the perceptions of prescribers, correlating them with the topic of the influence of the pharmaceutical industry in the current growth of lawsuits.

Keywords: Judicial decisions. Physicians. Drug industry.

Introduction

In Brazil, the judicial implementation of the right to health has led to an increasingly complex debate. Following the expansion of the judiciary in recent years,



the National Council of Justice began in 2010 to formulate strategies and guidelines for judicial lawsuits in health, foreshadowing an unprecedented "judicial policy" in the sector¹. Judicial decisions seek to ensure compliance with the law and citizens' needs, but interfere with the allocation of resources, contradicting the principle of equity in health^{2,3}. Conflicts become more serious considering that at the apex of such decisions there is a medical prescription^{4,5}. The medical knowledge that underlies the diagnoses that support the judicial decisions is associated with numerous specialties, which makes even more complex the universe through in which the judicialization of health takes place.

The volume of processes and the expenditure of public resources, especially for states and municipalities brings into play actors still scarcely examined like the doctors, magistrates and the industry of drugs and medical equipment^{6,7}. Asensi and Pinheiro¹ analyzed many of the lawsuits executed in Brazilian states in depth in a multicenter study in which they explained the expansion of the judiciary in six Courts of Justice in 2011 and 2012. Based on these state configurations, the authors highlight "the intensification of the role of the Judiciary in health effectiveness", identifying its presence either in small judicial district of the countryside or in the Supreme Court.

This article is part of a study on the judicialization of health in Minas Gerais, which identified lawsuits against the state between 1999 and 2009⁸. During this period, there were 6112 lawsuits that demanded different treatments and equipment for various diseases. A total of 6601 diagnoses were identified to clarify which problem patients sought access by judicial means to medicines, equipment or treatments. Among the processes, 568 originated from rheumatology, endocrinology (377), psychiatry (348), urology (336), oncology (277), cardiology (267), neurology (256), pneumology (153), hematology (132) and pediatrics (122). The prescribers were: 206 endocrinologists, 12 cardiologists, 6 surgeons, 4 surgeons, 4 infectologists, 2 pulmonologists, 2 anesthesiologists, as well as an oncologists, angiologists, geriatricians, gynecologist, ophthalmologist, ear, nose and throat specialists, pediatricians and psychiatrists, that presented one prescription.

Although all lawsuits have an impact on public health policies, in this study the qualitative phase was initiated in cases involving exclusively diabetes mellitus, since it is a disease with important advances and achievements in the last twenty five years in Brazil⁹, involving medicines and monitoring freely available by the public sector to all patients with the disease. Precisely for this reason access to treatment, hypothetically, should not be subject to judicial decisions.

In contrast, 422 lawsuits involving patients with type I, II or gestational diabetes *mellitus* were detected in the State of Minas Gerais. The data did not clarify what would have motivated the lawsuit. What would have led doctors to initiate lawsuits? Would it be the interests of the pharmaceutical industry? Other factors?

Theory and Methodological Procedures

The subjects of the research, collection instruments and analysis instruments were chosen in three stages. In the first, the complex universe of lawsuits and specialties led us to select two endocrinologists (M1 and M2), considering that this is the medical specialty most present in the lawsuits of patients with diabetes. It was supposed that they would already have knowledge of the public policy for the disease. The sex difference and the number of lawsuits they attended were prioritized. M1, female, had a small number of lawsuit (6). M2, male, had the largest number within the entire database (38). Another criterion was the relationship with the academy, as both are teachers and researchers.

In the second stage, regarding the instrument of data collection, the methodological option was Symbolic Interactionism¹⁰. In this design, Denzin and Lincoln¹¹ identified interview techniques that are applied as an instrument of data collection, capable of giving visibility to the representations, descriptions of the routines and meanings that the respondents attribute to their concerns. In this investigation, the choice fell on the instrument that Flick¹² calls "problem-focused interview." Following in his footsteps, what he called the "conversational entry" was initially introduced. Then followed the phase of "general and specific injunctions"¹².

Finally, ad hoc questions were used for situations not considered in the planning of the study arose, but that could clarify aspects of the phenomenon.

At the beginning of the conversation, the researchers explained their view of the current diabetes treatment policy in Brazil, which had progressed in terms of universalization of care, access to medicines and assistance offered by the state and municipal services of SUS.

The "general and particular injunctions" were based on studies dealing with the relationships between doctors and pharmaceutical industries, identifying interests on both sides that could be involved in the increase of lawsuits^{6,7,13}. The studies showed how much the doctors' point of view marked the decision of the magistrates^{1,14}. Some analyzed the links between business, universities and medicine marketing^{15,16}. Because the interviewees were medical teachers, it was considered in the data analysis the way they dealt with the issue "judicialization of health" with their students.

This is a relevant topic because recent studies show that training courses in the health area have an important social role to expand and improve SUS^{17,18}. Barros¹⁹ highlights the value of "medical education as a prerequisite for good professional performance" (p. 147), as a way to resist irresponsible medicine advertising, sponsored by the pharmaceutical industry. This seeks to induce future doctors, through drug advertisement, from the very beginning of their university education. Peres e Job²⁰, studying "ethical perceptions" of medical students, identified that 98% of a 100 students sample "knew the influence of the actions of the pharmaceutical industry" (p. 521), although they "ignored certain mechanisms that these companies used" (p.515), thus making them "vulnerable to propaganda in the academic world" (p. 515). Another study showed the position of medical students about the offer of gifts that the pharmaceutical industry made to politicians to attend to their interests, most rejected the idea. However, when talking about the offer of gifts of the same value, but aimed at students, they did not see any impropriety²¹. Faced with this paradox, the authors questioned the role of teachers in the face of the possible interventions that the pharmaceutical industry could play in the behavior modification through courses and

training of students.

Following the methodology, the perceptions of the interviewed subjects are presented in the third stage, highlighting how they interacted with other agents involved in the judicialization. Based on the reports, it was sought, through discourse analysis to understand the meanings they attributed to their own actions and those undertaken by the other agents in the judicialization process .

The precepts for analysis are based on the premises of Blumer¹⁰, adapted to the theme of the judicialization of health and to the historical–social context, in which the role of the Judiciary in the "effectiveness of health" is intensified, always affirming its decision–making in the imperative of medical indication. Although these transformations are indeed happening, the symbolic interactionism premises point out that these changes of meaning do not occur automatically, as they occur in social interactions instead.

We sought to show how prescribers interviewed understood their actions and practices to answer the requested legal demands, by patients or lawyers. What meanings did they attribute to the patient's illness, to the standard treatment offered by the state or to its absence, leading to the lawsuit? How did they describe the medicine or equipment they prescribed? It was interesting to understand what perception they built on the individual rights and the implications of technological innovations for health policy and social equity.

What does diabetes mean to them?

In presenting their positions, interviewees reveal their view of diabetes as a chronic disease. In their descriptions, social representations²² appear built by the pharmaceutical industry on individuals with chronic diseases, with a huge media and propagandist appeal, supported by the media.

Prescribers used the profiles of patients with diabetes, as justification of their acceptance for legal actions. M1 defines diabetes as a syndrome because, the patient

has "a systemic alteration that affects the whole body ... the eyes, the kidneys, the feet, the heart...". The dimension of complexity is incorporated into the concept of diabetes. In addition to affecting the body in its entirety, an enormous process of "slicing" of knowledge was required in the academic world, reflected in different medical specialties.

Regarding this complexity associated with diabetes, M2 not only reinforces it but also incorporates another dimension, facing the fact that is a "silent disease" that has always presented a series of developments requiring lawsuits to be contemplated.

M1 reports clarify that the technical–scientific knowledge of these differences makes part of the "problem" emerge from the demands of the lawsuit that can be faced, in which the prescriber must justify the demand for a specific drug that is not part of the list of SUS. The issue left in the air by M1 is whether all prescribers are prepared to challenge through the specificities of the disease from their patients and whether the Judiciary has competence in the final decision–making:

"... a great problem of the question of judicialization (is) precisely because of ignorance of who is on the other side ... the patient said that this is important " or " a certain doctor said that this is important " The judge or the person who will determine does not have the technical condition to assess whether that is important or not. And then he decrees: "It has to be done".
(M1)

Other studies had already indicated the absence of specialists in judicial decisions ²³. However, this is a partial view. For example, M2, notes that the expertise of other professionals collaborates in lawsuits: "There are some lawyers who work in this area of justice, there are three of them who seem to know the stepping stones. There is a nutritionist who is of the Law area (...)knows how it works. She studied law and she has already specialized herself on it." (M2)

Gradually the reports are composing a scenario with more details about the practices in place with regard to health judicial actions. Lawyers and nutritionists use

in the exercise of their respective functions, effective strategies to achieve success in the corroborated action.

Pharmaceutical Industry and Medicine

Questioning M1 and M2 about the persuasive strategies of the laboratories to be able to impose their medicines on the market, a conflicting scenario was obtained, in which several factors are presented as possible elements that make up this context of the judicialization:

"The pharmaceutical industry encourages the media to do this. It even offers to the doctor, benefit in some other question, and this is real (...). I live this in my daily life, not in an explicit way (...) I know of people to whom this is explicit. To me, they do not have the guts because I block them. They offer in a way that you may or may not fall into the trap. Depending on your discernment you will or will not do that. I think it has the media question, it has the issue of the patient, it has the issue of ignorance". (M1)

The media and prescribers are placed on the same level of industry stimulus. Differently from the position of the authors previously analyzed¹⁹⁻²¹, M1 does not attribute to the media the responsibility of marketing for the sale of drugs, but rather to the industry itself, encouraging the media to present the drugs as a mere commodity. M1 relativizes a slang that penalizes representatives of industries as the sole responsible for introducing their products in the market, coopting the minds of prescribers in their networks. M1 problematizes this image as it puts prescribers in the position of active agents capable of making autonomous decisions and not accepting to participate in the network. But for this it is necessary that they have "discernment", which, for M1, is bound to a certain degree of knowledge about the medicine and/or product they prescribe. What would be the basis of the industry's action to persuade the acquisition of a drug is the "misunderstanding" that M1 exemplifies by questioning

the current use of Wikipedia: "The industry writes the message, the layman who does not know the subject; Thinks that all of that is the absolute truth". Although M1 believes that the industry persuades the patients to consume, and defends that this strategy is not invincible to clarify the patient about the information received by "Google".

"(...) one thing I do is ... when they arrive wanting Glargina, I say, 'Let's read?'
" 'Let's get Dr.Google here?' " Where did you see this? Show me. " Because then I'll be able to understand what he's read and how I can address what he's read."

M2 expresses another version about the interference of the pharmaceutical industry. The central point of his argument lies in one of the dominant paradigms regarding drug policy in the current world context. He argues that "the relationship between medicine and industry is necessary and has to be a harmonious thing". M2 draws on a fairly widespread perspective in Brazil, which tends to reduce criticism of the profit-making of the pharmaceutical industry, emphasizing its scientific role in the first place and then its social function^{24,25}.

Pharmaceutical Industry and Scientific Research

M2 justifies the interference of industry in university nuclei by relying on the production of technical knowledge that is currently making a huge breakthrough. He says: "we need the industry to invest in this (field)". This statement comes from his interactions with researchers at congresses he has attended since the end of his medical residency. M2 claims to have gone to at least one congress in the United States or Europe every year. It is from these experiences that M2 justifies the interference of industry in the production of scientific knowledge:

(...) In a congress I really like to see the posters section. You have there, the people who work with research (...). By the time I get there (and I see that) it is sponsored by some laboratory I already look with a certain suspicion. (But) I'll look, I'll read (if) I like that ethic. The lab can help you, yes, but it will not influence on the results. So you have to look at both perspectives. (M2)

The double view suggested by M2 appears in research that focuses on the physicians' perception of the influence of the pharmaceutical industry on scientific production. In the study of the Regional Council of Medicine of São Paulo (CREMESP)²⁶, 62% of the 600 physicians who responded to the questionnaire positively assess the relationship of the medical professional with the pharmaceutical industry and still recognize it as the locus that provides "good technical service and up-to-date scientific information." These are disseminated mainly in congresses and courses that would not be feasible without the support of the pharmaceutical industries, according to 53% of the doctors who were part of the study.

M2 defends this idea and declares to be a diffuser of the scientific information that laboratories have been producing in recent years. On this subject, he recorded in his testimony elements that are common to the practice of "speakers", a function that he has exercised for some years in the congresses in which he has participated. It has a different interpretation about ethics in the relationship between pharmaceutical industry and medical lecturers. Its concept of ethics rests on two pillars: that of the individual (prescriber) and industry. In relation to the former, M2 defines ethics as follows: "(...) When we talk about ethics, we talk about morals. Ethics is the personal morality of each one. That's what I think. No one is going to change my mind (...) or brainwash me. That does not happen to me".

The interviewee identifies ethics with morality, although the philosophers have distinguished them in their reflections. Nosella, in his work *Ethics and Research*²⁷ says that:

Ethics means, first of all, the branch of philosophy that scientifically and theoretically grounds the discussion of values, choices (freedom), conscience, responsibility, good and evil, good and bad, etc., while *mos-moris* refers mainly to habits, customs, the way or way of life. Thus, a certain habit or custom of virtuous or vicious and a certain way of acting or living moral or immoral is qualified. On the contrary, the term ethics, because it refers to the philosophical foundation of one's own morality, generally does not qualify. (p. 256)

Based on the distinction presented above, M2 seems to guide his view of the ethical character of the “speakers' actions”, as something related in a certain way to individual (much more moral) action and not to a discipline that underlies the values and/or responsibility of the decision maker. It firmly states that it is no problem at all to be financed by companies to hold conferences on their products. Ensuring that the prescribers do not allow morally to be contaminated by their lucrative interests.

According to M2, those who have to be punished are "the industry people that is ethically uncommitted to their social role." M2 builds a social representation of the pharmaceutical industry as an agent that controls drug prices in the competitive marketplace. Pediatric endocrinologists use strategies funded by business sectors to shape the behavior of children with diabetes in recreational activities. He does not see commercial interests in this gesture. The presence of private laboratories and powerful pharmaceutical networks in their children oriented projects is seen as a philanthropic social action and not as a model of intervention that could influence the families of the children served to file lawsuits against the State to achieve the innovations of the area.

M2 details its understanding of the social role of industry. It shows an image of friendly cooperation that counts on the financing of pharmaceutical companies linked to a private network of drugstores. These are camps held on weekends with diabetic children learning how to use medicines and products for treatment. The team consists of:

" (...) students of fourth and fifth year of medicine, three nutritionists to teach children what to eat (...) four pharmacists linked to a network of drugstores. The objective is that they have personal contact with the children (...) there are also the resident students, taken with the intention of developing a learning and affection with the child and with the diabetic adolescent . We are three endocrinologists, but there are colonies that number four. It has a nurse and two physical educators to teach that diabetes is not just to apply insulin. The camps work more or less like this." (M2)

The strategies are part of an enterprise that needs a great investment. The literature on this topic has already shown that these camps in Brazil were studied since the 80's²⁸. In the example above, we can see the presence of undergraduate and medical students, that is, the proposal is based on university actions.

M1 locates the influence of the pharmaceutical industries on prescribers' perception of market disputes. The interests of the industry appear in the congresses, at the discussion tables. Although the lecturers are careful in avoiding calling the drugs tested in their research with the industry-related name, the conflicts unfold despite all efforts to camouflage them.

M1 exemplifies these conflicts in a national seminar discussing the effects of glargine on pregnant women. Other emerging ethical issues do not coincide with the ones discussed above. They relate to the scientific research, that the researchers need to be careful with the subjects of study. The procedures required in academic research may not be followed by industries outside their home countries. Belief developed from clinical trials turns them into unquestionable evidence. The uncontrollable problem is that adverse effects unpredicted by researchers at the start of their study may appear after a long time of use of the drug.

An example reported by M1 was a seminar in which she disagreed with a lecturer who at the time was a reference among endocrinologists for extolling the use of glargine for diabetic pregnant women with the adjectives "good", "wonderful" ". M1 justifies his refusal:

"... the diabetic pregnant women pass me by, people come from the whole state here; We have a specific ambulatory for pregnant women with type one diabetes, type two (...) Glargina can not be used in pregnancy at all^{29,30,31}. And everyone out there is using it indiscriminately. Everyone uses it just like water. I counter-indicate it. But no one listens to me, why? Because the speakers are all bought. I am afraid of them, because many have this issue of being involved with the industry. They are selected to speak at seminars. A little table is passing between us, asking who we would like to talk about Glargina. There they put a number of names (...) and then they go "on that" guy that is the "guy". (M1)

M1 points out that industries not only fund speakers' travel expenses but also use procedures for choosing the names of experts so that they can be pointed out by the possible participants, giving the impression that their names have been selected by those who will be part of the debate and not by the business agents.

M2 in responding to questions about conflicts of interest at these conferences used a common-sense argument to show that their lectures do not reflect their sponsors:

"I never gave a lecture of Lantus, now, I'm going to (to the congress) to talk about Glargina; You will not hear me speak in the trade name. But, yes, because Glargina is different from NPH ... I heard it there in Europe, I heard it in the United States. I have my opinion in my office, I will share this with my colleagues, with my peers, and then you will have the ethics; it will itself sell for an insulin." (M2)

M2 describes the strategy used by the speakers hiding the name of the industry that produces and sponsors their trip to the congress, however it cannot be ignored that Glargina had this active principle produced by a single pharmaceutical company. All the congress participants realized at that moment, which industry that insulin

belonged to.

M2 makes clear that it opposes the suspicions about Glargina as not recommended to pregnant women, as M1 reported. According to the speakers defending it, scarce studies prove the emergence of cancer. M1 reflects on these insecurities used by the industry to dribble with arguments that the academic world knows and uses very often:

"The studies that began to appear four or five years ago discussed at congresses exactly the increase in the incidence of malignant cancer with the use of Glargine insulin. And its use determined the growth of some cells, hence, breast cancer, bowel cancer, stomach cancer, in fact, several types of neoplastic types were detected, at a slightly higher incidence in the group that used Glargina, than in the group that did not use it^{32,33} (...) But about that, the pharmaceutical industry itself started to play it down, "there is no study, there is little time ..." 'for us to talk about the increased incidence of cancer we have to have more time ...' ' And this stayed in the limelight, and when you discuss this, when you go to the congress, that you ask a question to the speaker about this, they disagree ... no, no time limit on this, no time, studies are inconclusive ... " and then nobody argues anymore. " (M1)

The argument that there are no tests to prove that the use of Glargina is an inducer of neoplasms in pregnant women does not affect the lawsuits. The insulin is prescribed without questioning this suspicion. This explains the reasons why this prescriber described the lack of knowledge of the magistrates as one of the problems that affect the topic. M2 understands that this issue has been discussed in the congresses:

"The people at the Federal University have warned that" this insulin can cause cancer. "A study of type 2 diabetes with a cancer incidence with this insulin came out, and that was discussed at every congress. Because in reality, type 2 diabetics have a better chance of developing cancer, but within the Federal

University they do not prescribe insulin, they prefer to prescribe NPH, which is forty years old." (M2)

Their report shows that the lack of studies affects more type II diabetics who are among those who most file lawsuits to obtain Glargina, intended only for patients with type I diabetes. This justifies, for M2, judicial actions. It reflects the logic that proponents of private initiative present to justify the entry of drugs or equipment into the Brazilian market. An example of this industrial pressure is reported by M2. He presented a large number of lawsuits aimed at the acquisition and inclusion of insulin pumps. When asked about these actions, M2 says:

"I do not even know how much a pump costs! Thankfully there are two in Brazil today, there should have been five; Competition helps, competition is interesting for everyone. Competition also helps to lower the price of medications, the industry plays a very interesting role from the social point of view; The colony would not exist if it were not for the industry helping me, all the labs, the competitors are together, they are targeting the social issue."
" (M2)

The speech of M2 reflects part of the statements defended by representatives of private companies in Brazil and in the world, resuming old topics about market freedom, in which the competition itself would solve the issues of drug consumption, thus mitigating the shortcomings of the public sector. He describes a program in different parts of Brazil to which he provides direct advice:

"The industry has a program that entrepreneurs have created. They did a pool of laboratories (...) one putting strips cheaper, another putting Glargina, Lantus, that in all of Brazil, 50% cheaper. That is, if they succeed in that program, they sell 50% cheaper, they can sell cheaper to the government as well, that is, why do they not lower the price for the population? (...) industry has this interesting social value. " (M2)

It is clear how the pharmaceutical industries approach prescribers, who open to them to promote their products. They are these direct contributors who promote the necessary speeches that the business world needs to get close to those who are potential claimants of lawsuits, who also favor business interests. To justify its attitude of providing the prescriptions for lawyers to file a lawsuit, M2 says:

"The world's largest scientists have conflicts of interest with 18 laboratories. Congress has no conflict of interest with anyone (...) I was invited by the laboratory to teach. Let me tell you already that who brought me here was the laboratory X. Stating this, I think, makes people ethical. Which is the best thing in the world. I am invited by competing laboratories, there I will talk about another product that is also a competitor of them. So you're even more comfortable. If several companies are calling me, it should be because I am talking about the studies of that product. Who has to advertise is the laboratory, not the doctor. Now, then this lab called me to talk there, and that does not mean I'm not going to talk about their competitor. It's ethical because there's only one doctor in the room. The discussion becomes ethical, it gets hot, it's good. " (M2)

Pharmaceutical laboratories have been using academics to spread their products. M2 reveals how university researchers are being integrated into drug-delivery actions in the current context. He declares not to be concerned in acting in this way and does not see conflicts of interest in these gestures, not having impediments to file lawsuits, highlighting the copies of the letters sent to justice:

"They are all here to facilitate me, because I have to do this all the time" is not only because the guy is poor who is there in the SUS, we all have the right, we pay the SUS, why can't I benefit of the medication? One thing is obvious, you will not want to use this for your child? Which medicine is better? We have to think about the collective, that's why I think about the child, I need to give the best medication. Today the doctor has to think and

talk about all this emotional involvement ... and now I have to be a social worker? Prescribe what is there in the SUS and not what is best for him!" (M2)

M2 incorporates a twofold dimension of strengthening pharmaceutical industry researches associated with greater competition for price control and finally indicates the possibility of introducing lawsuits to include the right for all from the perspective of social equity.

Final considerations

In the symbolic interactionist perspective, when investigating the sense and meanings that the doctors interviewed attributed to the prescriptions that supported the processes, it was sought to know how they saw the interference of the pharmaceutical industries. The answers confirmed conflicts of opinions that were recorded by studies related to the judicialization of health. But they also provide details that allow us to visualize in practice the strategies that industries have used to convince patients and/or physicians of the use of drugs or equipment that are not yet standardized in the SUS.

In addition to media advertising strategies, interviewees recorded harassment on the part of the industry, approaching medical students at graduation and during residence with strategies that camouflaged their interests as linked to philanthropic action. There is a practice in Brazil in which the pharmaceutical industry supports community experiences that bring together children and young people with diabetes, pointing to introduce new equipments, such as insulin pumps., Industry interventions may be identified in medical congresses and the interviewees report their participation in these events describing the clashes between representatives that materialize in the *speakers'* lectures. They record moments in which the doubts about the adverse effects of new drugs based on science are disqualified.

Finally, the prescribers' speech show the way how the subject is treated in the classroom. This timing allows to discuss with students the harassment of industries

and their strategies for linking future prescribers to their products. There were situations of inclusion of the students in the actions promoted by the industries, but also situations in which the presence of the laboratories in the courses and stages was problematized. In the two cases analyzed, it was detected that both are aware of the intervention of the pharmaceutical industry. However, the increase in lawsuits is also due to a lack of public policy or lack of knowledge of the decision maker.

Collaborators

Orozimbo Henriques Campos Neto participated actively in the conception of the article in the definition of the objectives, analysis and discussion of the results, revision and approval of the final version of the work. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves participated actively in the conception of the article in the definition of the objectives, analysis and discussion of the results, revision and approval of the final version of the work. Eli lola Gurgel Andrade participated actively in the discussion of the results, revision and approval of the final version of the work.

References

1. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.
2. Ventura M, Moraes LSC, Pepe VLE. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20(0):77–100.
3. Pepe VLE, Ventura M, Santana JMB, Figueiredo TA, Souza VR, Simas L, et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(0):461–71.
4. Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Júnior AA, Dias da Silva G, et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e da medicalização da justiça. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18Supl4:S46–50.
5. Delduque MC, Vazquez E. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2015; 39(105):506–13.
6. Campos Neto OH, Andrade EIG, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Cherchiglia ML, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(5):784–90.
7. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3):421–9.

8. Andrade EIG. Avaliação de cobertura, acesso e qualidade da assistência farmacêutica, garantidos pelas decisões judiciais. Belo Horizonte. 2010; (CNPq/FAPEMIG).
9. Santos ECB, Teixeira CRS, Zanetti ML, Santos MA, Pereira MCA. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. Rev Bras Enferm. 2011; 64(5):952-7.
10. Blumer H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortesen D, editor. Teoria da comunicação: textos básicos. São Paulo: Mosaico. 1980; p. 119-37.
11. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London:Sage; 1994.
12. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a Ed. Porto Alegre: Bookmam; 2009.
13. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para a sua interpretação. Interface (Botucatu). 2009; 13(29):313-26.
14. Gadelha MIP. O papel dos médicos na judicialização. Rev CEJ (Brasília). 2014; Ano XVIII 62:65-70.
15. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. Rev Saude Publica. 2010; 44(1):190-6.
16. Rabello ET, Camargo Jr KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. Interface (Botucatu). 2012; 16(41):557-67.
17. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev Saude Publica. 2010; 44(3):383-93.
18. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude Soc. 2011; 20(4):884-99.
19. Barros JAC. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: UNESCO; 2004.
20. Peres G, Job JRPP. Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med. 2010; 34(4):515-24.
21. Palácios M, Rego S, Lino MH. Promoção e propaganda de medicamento em ambientes de ensino: elementos para debate. Interface (Botucatu). 2008; 12(27):893-905.
22. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
23. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Rev Saude Publica. 2011; 45(4):706-13.
24. Gadelha CAG, Maldonado J. O papel da inovação na indústria farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do complexo industrial da saúde. In: Buss P, Carvalheiro J, Romero C, organizadores. Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 41-59.
25. Gadelha CAG. O investimento no complexo industrial da saúde e a melhoria das desigualdades em saúde. Entrevista em 01/08/2013. Disponível em:

<http://dssbr.org/site/entrevistas/o-investimento-no-complexo-industrial-da-saude-e-a-melhoria-dasdesigualdades-em-saude>.

26. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pesquisa inédita do Cremesp 2009/2010. Os médicos e os laboratórios farmacêuticos. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/pesquisa.pdf>.

27. Nosella P. Ética e pesquisa. *Educ Soc (Campinas)*. 2008; 29(102):255-73.

28. Heleno MG, Vizzotto MM, Mazzotti T, Cressoni-Gomes R, Modesto SEF, Gouveia SRF. Acampamento de férias para jovens com diabetes mellitus tipo I: achados da abordagem psicológica. *Bol Psicol*. 2009; 59(130):77-90.

29. Haute Autorité de Santé (HAS). Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé (Inpes). Guide méthodologique: Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2008 [citado 12 Jan 2013]. 20(Hors série):1-92. Disponível em: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dunprogramme-deduction-therapeutiquedu-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques.

30. Haute Autorité de Santé (HAS). Extrait de l'argumentaire scientifique de la RBP: Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2013 [citado 12 Jan 2013]. Chapitre : Stratégie médicamenteuse - patientes enceintes ou envisageant de l'être. Disponível em: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/argumentaire_strat_med_femmes_enceintes.pdf.

31. Bouché C, Bismuth E, Caliman C, Lepercq J, Lubin V, Rougé D, et al. Prise en charge de la grossesse au cours du diabète de type. *Extrait Méd Mal Métabol*. 2011; 5(11):7-19.

32. Currie CJ, Poole CD, Gale EA. The influence of glucose-lowering therapies on cancer risk in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2009; 52(9):1766-77.

33. Colhoun HN. Use of insulin glargine and cancer incidence in Scotland: a study from the Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. *Diabetologia*. 2009; 52(9):1755-65.

Translated by Felix Rigoli

O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire

Gil Sevalho^(a)

Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):177-88.

This essay discusses the interdisciplinary use of concepts applied to the field of Collective Health exploring the relation between the concept of vulnerability, in its social dimension, and Health Education, from the perspective of the Paulo Freire theory. Through the development of Collective Health, and within the complexity of the political game, the critical radicality is missed and the neoliberal purposes of concepts linked to popular participation emerge, such as health promotion and empowerment. Vulnerability is understood as fragility specially in the Human Rights field. This it's not a concept specially worked by Freire, although its representations in Collective Health let us consider it jointly with the ideas of autonomy and dependence. This is specially relevant in the context of the social oppression relations which are the central focus in Freire's reflections, implying that it must be part of the processes of Popular Education in Health.

Keywords: Vulnerability. Epistemology. Collective health and epidemiology. Paulo Freire. Popular education in health.

Discute-se a aplicação interdisciplinar de conceitos ao campo da Saúde Coletiva, e explora-se a relação do conceito de vulnerabilidade, em sua dimensão social, com a Educação em Saúde, na perspectiva da fundamentação elaborada por Paulo Freire. No desenvolvimento da Saúde Coletiva, marcado pela complexidade do jogo político, perde-se a radicalidade crítica e afloram propósitos neoliberais de conceitos afeitos à participação popular, como os de promoção da saúde e empoderamento. Vulnerabilidade remete ao sentido de fragilidade e é termo presente em diferentes campos temáticos, particularmente naquele dos Direitos Humanos. Não é conceito especialmente trabalhado por Freire, embora suas representações na Saúde Coletiva permitam pensá-lo juntamente com autonomia e dependência no contexto das relações de opressão social que constituem enfoque central na reflexão freireana, e com este sentido deve se fazer presente na Educação Popular em Saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Epistemologia. Saúde coletiva e epidemiologia. Paulo Freire. Educação popular em saúde.

^(a) Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 604, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. gsev@terra.com.br

Introdução

A Saúde Coletiva, estruturada no bojo da Reforma Sanitária, é corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. Como opção político-ideológica contraposta ao biologicismo imperante na área de saúde, sucedeu aos projetos preventivista, dos anos 1960 e início da década de 1970, e da medicina social, dos anos 1970 e 1980¹.

Projeto amplo vinculado à cidadania e aos direitos civis, a Reforma limitou-se a mudanças setoriais incompletas, desenrolando-se num contexto de consenso passivo dos que atuam na área². O desenvolvimento da Saúde Coletiva marca-se pela complexidade do jogo político, brasileiro e mundial, perdendo-se a radicalidade libertária crítica da proposta original. O Sistema Único de Saúde (SUS), eixo da Reforma, é constantemente ameaçado de desestruturação quanto mais se consolida a ordem neoliberal no Brasil. Neste contexto, afloram tendências neoliberais e neoconservadoras de conceitos importados e internacionalizados, como os de promoção da saúde e empoderamento^{3,4}.

Sob o neoliberalismo, a teorização cede diante do que Jacques Rancière⁵, em ensaio sobre “o ódio à democracia”, chama de o “bom governo”: controlador dos excessos da população e mantenedor da ordem dominante, constituído com “a autoridade dos poderes públicos, o saber dos especialistas e o *savoir-faire* dos pragmáticos” (p. 16).

Aborda-se, neste texto, a aplicação interdisciplinar de conceitos ao campo da Epidemiologia e da Saúde Coletiva, e explora-se a relação do conceito de vulnerabilidade, em sua dimensão social, com a Educação em Saúde. Considera-se, particularmente, a fundamentação de Paulo Freire na Educação Popular em Saúde, na perspectiva da relação entre opressão social, autonomia e vulnerabilidade, envolvendo-se na discussão outros conceitos e elementos teóricos pertinentes à argumentação.

Caracteristicamente um ensaio, e assim podendo ser visto, tal como o faz Adorno⁶, como “produto bastardo” (p. 15), este texto é arranjo teórico-crítico que “precisa a todo instante refletir sobre si mesmo” (p. 44). O ensaio procura revelar a trama subjetiva que sustenta os conceitos e seu enredamento contraditório em pretensa objetividade.

Notas Epistemológicas sobre a Apropriação de Conceitos pela Saúde Coletiva

Um sistema conceitual é pertinente à ordem paradigmática na qual se inscreve.

Uma teoria, na concepção de Bunge⁷, é um contexto definido, “conjunto de proposições ligadas logicamente entre si que possuem referentes em comum”, e os conceitos “são as unidades com que se constroem” (p. 41) tais proposições. “Fazemos de conta” que “existem conjuntos, relações, funções, números, estruturas, proposições, teorias, fadas, bruxas”, e, assim, “inventamos não só os objetos conceituais como o seu modo de existência” (p. 40).

Pensando o SUS e movimentos sociais, Stotz⁸ refere-se à falta de discussão sobre as características do Estado e sua relação com a sociedade civil na constituição da Reforma Sanitária brasileira. A ausência desta elaboração resultou numa “transposição de categorias e conceitos sem vigência histórica” para o contexto da proteção social e da Saúde Coletiva, gerando uma “produção de ‘ideias fora de lugar’” (p. 117).

Na percepção de Menendez⁹, “conceitos básicos” usados na Epidemiologia, na Saúde Pública, na Medicina Social, foram “nomeados e utilizados pelas Ciências Sociais e Antropológicas” antes de serem “apropriados ou reinventados” (p. 77) nas ciências da saúde. “A maioria dos epidemiólogos”, entretanto, “parece não ter muita informação” (p. 77) sobre a elaboração teórica e metodológica destes conceitos na origem.

Impressão semelhante têm Monken et al.¹⁰ sobre conceitos centrais da Geografia, como território e espaço, usados na saúde pública “sem muita preocupação com a definição ‘original’ da ciência de procedência” (p. 23). O que é mais problemático quando envolve conceitos polissêmicos na área de proveniência.

O conceito de estilo de vida é manejado pela Antropologia numa perspectiva “holística” e a Epidemiologia o reduz a um “comportamento de risco” (p. 74), operando, sob influência biologicista, uma erosão da proposição antropológica. E o de transição epidemiológica, enfatiza Menendez⁹, tem

sido utilizado de forma a obliterar sua articulação ideológica com teorias desenvolvimentistas de inspiração neoliberal.

Acrescente-se que Weisz e Olszynko-Gryn¹¹ atribuem à teoria da transição epidemiológica e seu autor, Abdel Omran, forte vinculação com a ideologia do controle populacional em países pobres, que representou, nas décadas de 1960 e 1970, instrumento de dominação política sobre populações vulneráveis.

Os conceitos contextualizam-se em bases teóricas determinadas e “não são ‘neutros’”⁹ (p. 78), sendo aqueles operados pela Epidemiologia marcados pelo “Modelo Médico Hegemônico” (p. 79). Enquanto a Antropologia assume concepção cultural, a Epidemiologia se caracteriza, predominantemente, por “uma aproximação a-histórica” do “processo saúde/enfermidade/atenção”, fundamentada numa “análise de curta duração histórica” (p. 73).

“A história das ciências é feita de migração de conceitos, o que significa literalmente a palavra *metáforas*”¹² (p. 113). Ao migrarem, esclarece Morin¹³, os conceitos “se transformam” (p. 129).

Ao se privilegiarem objetividade e operacionalidade, o transporte interdisciplinar para a Saúde Coletiva pode submeter conceitos provenientes das ciências sociais à alienação e deformação política.

O conceito de vulnerabilidade, do Direito à Saúde Coletiva

Vulnerabilidade é termo interdisciplinar aplicável a diferentes campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade. Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade tem presença na: Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia.

Em dimensão mais ampla, é referenciado à ciência do Direito, onde constitui tema de debate. O reconhecimento de pessoas que têm sua capacidade de agir e se defender enfraquecida, por razões biológicas ou sociais, gera posturas que procuram garantir direitos para quem necessita proteção diferenciada. No direito penal, estabelece-se a tutela do poder público sobre os debilitados, com o propósito de fazer valer seus direitos¹⁴; e no direito internacional dos direitos humanos compreende-se o princípio de igualdade e não discriminação como valor essencial¹⁵. Inscrevem-se nestas perspectivas a normalização e a ação afirmativa do Estado promovendo a inserção social dos fragilizados. A elaboração da ideia de vulnerabilidade se dá nesta composição, do indivíduo ao coletivo.

Etimologicamente, vulnerável refere-se a ferida, dano físico, emocional ou social, que metaforicamente remete ao significado de magoar, ofender, ferir sentimentos ou moral. Vulnerabilidade traz à consciência nossa condição de humanidade. Feito¹⁶ esclarece que morte, doença e sofrimento nos colocam diante da radicalidade de nossa finitude. A autora recorre à poética de Jorge Luis Borges, afirmando que o sentido da vulnerabilidade vem da percepção de que a vida é “preciosamente precária” (p. 9).

Com o homem do Renascimento libertando-se do domínio teocêntrico, surge a perspectiva ética da dignidade atrelada à possibilidade de autonomia. A autonomia, então, é objeto de conquista porque somos vulneráveis, finitos, e disto temos consciência¹⁶.

Desde uma vulnerabilidade antropológica, individual, que supõe uma fragilidade intrínseca do humano, compreende-se uma vulnerabilidade social que aponta para condições sociais mutáveis. A compreensão da vulnerabilidade, pensa Feito¹⁶, se dá no contexto da ética, a partir da sensibilidade diante do sofrimento humano, da solidariedade, da identificação de relações de direitos e justiça entre os diferentes.

Esclarece Ricoeur¹⁷ que às incapacidades ligadas à vulnerabilidade, como doença, envelhecimento, deficiências, somam-se as infligidas pelos seres humanos, uns aos outros, na construção de relações de poder que conformam dominação, intimidação, manipulação. Mecanismos de comando da sociedade hierarquicamente fundamentada na competição estruturam a privação da potência de agir, aprisionando populações em situações e estados de vulnerabilidade.

A conformação da teorização sobre vulnerabilidade diante da ordenação política dominante é percebida por Kowarick¹⁸. O autor observa que, no pensamento científico social e político norte-americano, a interpretação passou de uma conotação progressista, estruturada pelo Estado de bem-estar social, para uma concepção conservadora, onde a culpabilização de indivíduos e populações em situações de fragilidade é explícita.

No Brasil, para Kowarick¹⁸, a vulnerabilidade remete à deterioração dos direitos civis, perda de garantias adquiridas, fragilização da cidadania. Destacam-se: desigualdade perante a lei e sujeição à violência, dificuldade de acesso à moradia, serviços de saúde, assistência social e emprego, coexistência de modalidades arcaicas e modernas de trabalho com importante participação da informalidade não legalmente protegida, sendo marcante o *apartheid* social nos ambientes urbanos. Diferencia-se, então, uma vulnerabilidade socioeconômica, referida à falta de proteção quanto a garantias de trabalho, saúde, educação, direitos sociais básicos, de uma vulnerabilidade civil, referida às ameaças pela violência de bandidos ou agentes policiais.

Na perspectiva da Saúde Coletiva, Sabroza¹⁹ recorre aos circuitos espaciais de produção econômica e social da geografia crítica de Milton Santos²⁰ para diferenciar os vulneráveis, inseridos no circuito inferior onde prevalecem economia informal e ausência de seguridade social, daqueles excluídos, sem fonte de renda e condição de cidadania. O circuito superior, do capital intensivo, é alimentado pela produtividade do inferior; e o trabalhador integrado neste último representa baixo custo social para o capital e para o Estado e é permanentemente ameaçado pela insalubridade e possibilidade de tornar-se excluído.

O uso estratégico do conceito de vulnerabilidade na relação complexa entre saúde e ambiente é, por sua vez, pensado por Porto²¹ quando considera as ameaças ao direito à terra e recursos naturais. As abordagens sobre vulnerabilidade e justiça ambiental, frequentemente, não explicitam os processos históricos e políticos, inclusive conflitos socioambientais, envolvidos, e, sobretudo, ocultam a condição “de sujeitos coletivos portadores de direitos” (p. 40) das populações vulnerabilizadas.

Citações de vulnerabilidade e vulnerável foram pesquisadas por Nichiata et al.²² em publicações da área da Enfermagem, encontrando-se os termos relacionados à suscetibilidade de pessoas, grupos, comunidades e regiões a doenças ou danos por desastres naturais. O comprometimento humano é associado com características biológicas, ciclo de vida, condições sociais preexistentes, variando com a percepção pessoal do processo saúde-doença e, conseqüentemente, com a capacidade de proteção ligada ao poder de escolha e decisão. O termo vulnerabilidade é usado como sinônimo de risco, referindo-se ao indivíduo. A investigação dos autores mostrou que abordagens conceituais são incomuns e a discussão sobre produção da vulnerabilidade é superficial, sendo frequentemente reduzida à ideia de suporte social.

Bertolozzi et al.²³ e Sánchez e Bertolozzi²⁴ tomam as reflexões de José Ricardo de C. M. Ayres como referência para a consideração do conceito de vulnerabilidade na Epidemiologia e Saúde Coletiva brasileiras. Segundo Ayres e colaboradores^{25,26}, o conceito de vulnerabilidade é vinculado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. Os autores atribuem a Mann, Tarantola e Netter²⁷⁻²⁹ a elaboração do quadro conceitual sobre vulnerabilidade, que emerge, com sentido interdisciplinar, do debate suscitado com o surgimento da aids nos anos 1990. Desde este contexto epidemiológico, a construção conceitual da vulnerabilidade configura superação do preconceito inspirado pela identificação de grupos de risco e da culpabilização individual que acompanhava a focalização nos comportamentos de risco.

Na representação conceitual de vulnerabilidade, articulam-se: o componente individual, referente às informações que a pessoa tem sobre o problema e à capacidade de operá-las na construção de práticas protetoras integradas ao cotidiano; o componente social, relativo à obtenção de informações e ao poder de influir social e politicamente para alcançar livre expressão, segurança e proteção; o componente programático, pertinente à qualidade e ao funcionamento efetivo dos programas de controle e serviços. Os três componentes do quadro conceitual interligam-se permitindo análises multidimensionais, sendo a vulnerabilidade definida pelo entrelaçamento de condições materiais, psicológicas, culturais, morais, jurídicas, políticas, que podem direcionar saberes e práticas em saúde^{25,26,30}. A vulnerabilidade é proposta de síntese teórica da determinação complexa, colocando-se como conceito mediador, abrangendo ações e mecanismos de enfrentamento dos riscos e orientando intervenções a partir da representação de cenários de múltiplas relações entre elementos de natureza diversa³¹.

A matematização progressiva do conceito de risco na narrativa histórica epidemiológica o distanciou do significado de ameaça e perigo, produzindo uma rarefação teórica³². Ayres et al.²⁵ advertem que a utilização do quadro conceitual da vulnerabilidade não prescinde da abordagem do risco, mas o

conceito de vulnerabilidade está em construção e pode tornar-se mero modismo retórico, sendo sua potencial contribuição dependente de “cuidadosa vigilância terminológica” (p. 127) que o diferencie da dimensão epidemiológica fundamentalmente probabilística. A vulnerabilidade tem “caráter não-probabilístico” (p. 128), buscando a particularização das relações, e não a generalização de inferências.

Observe-se que a estruturação quantitativa dominante na racionalidade epidemiológica pode desumanizar e despolitizar o conceito de vulnerabilidade. A operacionalização, na Saúde Coletiva, de conceitos capturados em trajetos interdisciplinares pode, como foi visto, amputar historicidade e senso crítico próprios das origens nas ciências sociais.

A aplicação do conceito de vulnerabilidade na Saúde Coletiva é alicerçada nas ações educativas, onde Ayres, juntamente com colaboradores^{25,26,33-35}, trabalham com intervenções construtivistas que envolvem a consideração do saber popular e a participação daqueles que, não como técnicos ou cientistas, vivem os problemas. Nesta perspectiva, Ayres³³ entende que se deve “tomar os direitos humanos como critério fundamental para identificar e combater as diversas vulnerabilidades” (p. 16).

Acentue-se, entretanto, que Boaventura de Sousa Santos³⁶, originalmente cientista do Direito, pensa, desde seu ponto de vista descolonial, a formulação dos direitos humanos internacionalmente estabelecidos sob a hegemonia do conhecimento produzido no Norte. O pensamento abissal ocidental dominante impõe a ideia dos direitos humanos como produção universal, omitindo sua inspiração liberal forjada no sistema capitalista e colonial. “O universal é o produto da transformação histórica do fundacional eurocêntrico” (p. 59). Criam-se deformações históricas ilusórias, ocultando a ligação do discurso oficial sobre os direitos humanos com a opressão das populações que, no mundo inteiro, estruturam sua vida diferentemente da ordem hegemônica. Sob o neoliberalismo globalizado, “identidades históricas e culturais multisseculares, incluindo muitas vezes a militância religiosa” (p. 56), e movimentos sociais de resistência são considerados segundo o ponto de vista eurocêntrico, tornado universal à força dos poderes econômico e bélico.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, percebe Sousa Santos³⁶, “só conhece dois sujeitos de direito: o indivíduo e o Estado” (p. 60). Há uma “tensão entre direitos individuais e direitos coletivos” (p. 62-63), e os “excluídos ou discriminados enquanto grupos” (p. 63), estabelecidos à margem da modernidade capitalista ocidental, têm suas afirmação e participação fragilizadas.

Na educação em saúde, o cenário apresentado propicia intervenções paternalistas e assistencialistas orientadas por um sentido de tutela que pretexta proteger e fazer valer direitos dos vulneráveis. A tutela funciona como exercício de dominação por parte do Estado, instituições e agentes econômicos e políticos comprometidos com a exploração das populações social e economicamente fragilizadas.

As questões apresentadas na descrição deste trajeto interdisciplinar possibilitam unir elementos da educação fundamentada em Paulo Freire com a transcendência potencialmente crítica do conceito de vulnerabilidade em sua aplicação na Saúde Coletiva.

Vulnerabilidade e Educação Popular em Saúde

O surgimento dos movimentos de educação popular na saúde está relacionado com a resistência ao regime militar nos anos 1970³⁷. Trabalhadores de saúde comprometidos com a transformação social deslocaram-se para periferias urbanas e áreas rurais para construir, com a população, práticas alternativas. As experiências objetivavam a emancipação das classes populares e vinculavam-se a movimentos progressistas, sobretudo da igreja católica.

Destas iniciativas, influenciado pelo ideário de Paulo Freire, desenvolveu-se o campo da Educação Popular em Saúde no Brasil, no entanto, sempre marginalmente à sombra da Educação em Saúde tradicional. A prevalência de ideias e práticas autoritárias e conservadoras, subordinadas à cientificidade biomédica no contexto de programas verticais dirigidos para doenças específicas, é revelada por investigações de campo no âmbito do SUS^{38,39}.

Ayres³³ admite que a Educação em Saúde no Brasil é dominada por perspectivas unidirecionais, centradas na transmissão de informação; e procede, portanto, sua exclamação de que “mesmo no Brasil, a pátria de Paulo Freire, esse importante filósofo e metodólogo da educação, modelos limitados e limitantes de educação preventiva foram amplamente importados e utilizados” (p. 16).

A partir de 2012, podemos veementemente referir que, no país que conferiu a Paulo Freire o título de Patrono da Educação, suas ideias são, em grande parte, desconhecidas, desqualificadas por quem defende a subordinação da população aos interesses das elites econômicas e sistematicamente marginalizadas por instituições e políticas oficiais.

Vulnerabilidade não é conceito especialmente trabalhado por Freire, embora seus sentido e representação na Saúde Coletiva permitam pensá-lo juntamente com autonomia e dependência, no contexto das relações de opressão social que constituem enfoque central na reflexão freireana. A relação entre o conceito de vulnerabilidade e a Saúde Coletiva pode, então, ser construída com a apresentação de elementos teóricos como autonomia, conscientização, domesticação, empoderamento, curiosidade epistemológica, construção compartilhada do conhecimento, condições e experiências de vida, pesquisa participante, Vigilância Civil da Saúde, que conectam o pensamento de Freire à Educação Popular em Saúde.

Vulnerabilidade e autonomia, na compreensão de Ricoeur¹⁷, estabelecem uma relação paradoxal de oposição e composição. Desde sempre, de nossa vulnerabilidade somos chamados a sermos autônomos. A autonomia é “condição de possibilidade e tarefa por cumprir” (p. 100). A vulnerabilidade contém a possibilidade da autonomia e sua relação tem a ver com o “poder-fazer” (p. 82), que se expressa como poder dizer e agir sobre o curso das coisas. Este poder constitui a capacidade de reunir a própria vida em narrativa singular e socialmente inteligível, estabelecendo-se uma “relação crítica” (p. 100) entre memória e história.

O conceito de vulnerabilidade não aparece explicitamente na obra de Paulo Freire, e Amorim Neto e Rosito⁴⁰ admitem que a categoria não é presente na reflexão sobre educação. Os autores, entretanto, aproximam o conceito do pensamento freireano lembrando que “não é possível autonomia sem levar em consideração a vulnerabilidade dos sujeitos” (p. 623). Reforça esta impressão a interpretação de Machado⁴¹ de que, para Freire, autonomia é humanização que implica ser capaz de assumir a “dependência radical derivada de nossa finitude” (p. 56).

Na leitura freireana do mundo, autonomia é abertura do ser, cultural e histórico, para a solidariedade. Relaciona-se com a capacidade de decidir, é processo histórico que “vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas”⁴² (p. 107). Educar exige “respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do educando”⁴² (p. 62). A educação deve ser pensada como “a *pronúncia* do mundo”⁴³ (p. 94) na “dialogicidade” (p. 91) que se realiza quando “há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar” (p. 95).

“Em nome da democracia, da liberdade e da eficácia”, adverte Freire⁴², asfixia-se “a própria liberdade e, por extensão, a criatividade e o gosto da aventura do espírito” (p. 113-114). A educação hegemonicamente estabelecida é “imobilizadora e ocultadora de verdades”⁴² (p. 99), professando que progressos são aceitáveis somente quando, e se, são entendidos como neutros. Utiliza-se este tipo de educação para “criar uma consciência passiva de submissão”⁴⁴ (p. 146), conformando-se um processo de “domesticação” (p. 146) que leva à internalização dos valores dominantes e aceitação, sem questionamento, da ordem social imposta. A educação conservadora tem o propósito de “‘domesticar’ o presente”⁴³ (p. 23) para tornar o futuro uma simples repetição do que já é estabelecido e controlado. A história e o futuro são possibilidades, contesta Freire^{43,45}, onde a educação se inscreve como “prática da liberdade” e, como tal, não pode ser neutra.

Na superação das condições desumanizadoras, autonomia é construção histórica de existência que se formula com a conscientização. Por meio da conscientização, “os sujeitos assumem seu compromisso histórico de fazer e refazer o mundo”⁴⁶ (p. 99-100) e a si mesmos, o que constitui “tarefa histórica de resistência crítica” (p. 100).

As pessoas captam a realidade em pedaços, e cabe ao educador, humanista, dialógico e problematizador, “o esforço de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes possibilite reconhecer a interação de suas partes”⁴³ (p. 113). A captação da realidade, pensa Freire⁴⁷, não se concretiza somente com fatos e dados “tomados em si mesmos” (p. 35), mas a partir da percepção da população sobre o contexto em que vive. “A realidade concreta se dá” ao observador “na relação dialética entre objetividade e subjetividade”⁴⁷ (p. 35).

O conhecimento da realidade se dá com a transformação da curiosidade ingênua em crítica. “A curiosidade que, ‘desarmada’, está associada ao saber do senso comum”, é “a mesma” que, “criticizando-se, aproximando-se de forma cada vez mais metodicamente rigorosa do objeto cognoscível, se torna curiosidade epistemológica”⁴² (p. 31). A “rigorosidade metódica” proporciona as “condições de verdadeira aprendizagem” nas quais os educandos “vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”⁴² (p. 26).

Afeito ao contexto da Educação Popular em Saúde em sua relação com a vulnerabilidade, situa-se o conceito de empoderamento. O conceito é apontado por Ayres et al.²⁶ como relevante na discussão sobre vulnerabilidade em Saúde Coletiva por sua ligação com movimentos de defesa dos direitos civis.

Empoderamento, *empowerment* no inglês, foi mencionado por Freire⁴⁸ e é verbete constante do Dicionário Paulo Freire, onde é apresentado, por Guareschi⁴⁹, como “conceito central ao referencial teórico e prático” (p. 165) freireano. No sentido freireano, poder é conquista histórica, nunca doação, e *empowerment* só tem sentido quando a liberdade conquistada é usada em benefício da coletividade.

Empoderamento faz parte da teorização sobre mobilização e participação social, inclusive em abordagens que se assumem contra-hegemônicas. O termo, no entanto, é escorregadio, frequente no discurso neoliberal com o sentido falacioso de transferir poder para populações vulneráveis, e, na opinião de Carvalho⁵⁰, teria sido usado por Paulo Freire por imposição circunstancial ao ser interpelado por Ira Shor⁴⁸, mais do que por reconhecimento de legitimidade crítica. Carvalho⁵⁰ reproduz depoimento em que Ana Maria Freire, viúva de Paulo, afirma que empoderamento nunca teria sido, de fato, questão relevante para ele.

No contexto neoliberal, empoderamento implica culpabilização e convencimento da população para que utilize recursos próprios na resolução de problemas sanitários e sociais, reduzindo-se a responsabilidade do Estado. Na perspectiva da Promoção da Saúde em sua relação com o neoliberalismo, empoderamento significa o assenhoreamento de grupos marginalizados e vulnerabilizados e “pode ser visto como uma nova forma de tutela sobre a maioria a população”³ (p. 14-15).

Ao educador, segundo Freire⁴², cabe o reforço da “curiosidade”, da “capacidade crítica” e da “insubmissão” (p. 26) do educando. Educação não é transmissão, mas construção do conhecimento por meio da relação do educando com o educador democrático. No âmbito da Educação Popular em Saúde, esta percepção remete à “construção compartilhada do conhecimento”⁵¹, que “tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas” (p. 101). Esta construção compartilhada “implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes convivendo em situações de interação e cooperação”⁵¹ (p. 103).

A construção compartilhada do conhecimento foi pensada pelo Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (ENSP/Fiocruz), do Rio de Janeiro, em “investigação participativa”⁵¹ (p. 102) liderada pelo educador em saúde Victor Vincent Valla. A intenção de capacitar tecnicamente os movimentos populares esbarrou na constatação de que profissionais de saúde e população desconheciam-se mutuamente quanto a condições, técnicas e estratégias de existência. A solução do impasse envolveu encontros e construção coletiva de saber.

O conhecimento assim produzido na Educação Popular em Saúde permite que os profissionais se aproximem das “condições e experiências de vida”⁵² (p. 80) da população. As condições de vida são determinantes da situação social à qual está submetida a população, e as experiências de vida dizem respeito às formas de “apropriação da realidade” e “possibilidades de ação sobre ela” (p. 80). Experiência e condições de vida configuram, portanto, contextos de vulnerabilidade, onde vinculam-se a fragilidade da população e a capacidade de enfrentamento das adversidades.

A construção compartilhada do conhecimento relaciona-se, na Educação Popular em Saúde, com pesquisa participante e Vigilância Civil da Saúde. A pesquisa participante, no entendimento de Brandão e Borges⁵³, é “um momento da educação popular” (p. 51), tendo como princípios: compromisso com a transformação social em benefício da comunidade; origem na realidade concreta da população; contextualização no fluxo da história dos participantes; unidade entre teoria e prática; conversão

da relação tradicional sujeito-objeto em relação sujeito-sujeito; convergência entre investigação, educação e ação social; articulação dos conhecimentos científico e popular em um terceiro conhecimento.

A Vigilância Civil da Saúde foi criada por Victor Valla na década de 1990 e vem sendo desenvolvida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. A Vigilância Civil da Saúde combina construção compartilhada do conhecimento e pesquisa participante, e é apresentada por Sevalho⁵⁴ como construção solidária que, fundamentada na educação popular freireana, considera o saber e a cultura populares desde o diagnóstico da situação de saúde e aponta para a transformação social. Trata-se, segundo o autor, de uma perspectiva de vigilância em saúde que se contrapõe a permanências históricas culturais que derivam do enfoque nas epidemias e modelam a tradicional vigilância epidemiológica como processo vertical e autoritário que bloqueia a participação ativa da população nas ações: a prerrogativa de uma cientificidade universal, a vinculação política à ideia de segurança de Estado e o critério imperativo de urgência. Estas características impõem a rejeição de culturas, saberes e temporalidades locais.

Ao falar em “pesquisa alternativa”⁴⁷ (p. 34) realizada como “perspectiva libertadora” (p. 35), Freire ressalta que não se pode conhecer a realidade da população “a não ser com eles como sujeitos também” (p. 35) do novo conhecimento construído em processo contínuo de reflexão-ação-reflexão sobre a ação. O conhecimento produzido na pesquisa participante, afirma Brandão⁵⁵, é alternativo à prática científica tradicional onde, entre pesquisador e pesquisado, só existe “uma proximidade policiada entre o *método* (o sujeito dissolvido em ciência) e o *objeto* (o outro sujeito dissolvido em dado)” (p. 7).

Considerações finais

O desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil se inscreve na perspectiva do avanço neoliberal. A aplicação de conceitos ao campo se faz neste espectro e assim deve ser percebida a utilização do conceito de vulnerabilidade na Educação em Saúde. A opinião corrente de que a educação é transversalmente contextualizada e toda ação de saúde é, em si, educativa, deve ser, então, criteriosamente apreciada: a aceitação acrítica da transversalidade da educação em saúde pode reforçar o ponto de vista de que a discussão e o planejamento de ações educativas são desnecessários; a crença de que todos sempre estão realizando ações educativas pode instituir a ideia de que para se realizar Educação em Saúde não é necessário conhecimento do tema ou método, basta a improvisação; é importante identificar a intencionalidade das ações, porque a educação em saúde pode ser medicalizante e funcionar como poderoso instrumento de domesticação, instituidor de vulnerabilidade social.

Na Educação Popular em Saúde, a ideia de vulnerabilidade, em sua perspectiva social, compõe a percepção crítica de contextos onde a população enfrenta situações de opressão e luta cotidianamente pela conquista de liberdade e autonomia. É então que se estabelece sua relação com a pedagogia crítica de Paulo Freire.

Por sua origem brasileira, a verve anticolonialista, a valorização epistemológica do saber popular, a natureza política crítica e o caráter emancipador, a Educação Popular de Paulo Freire pode ser inscrita entre as Epistemologias do Sul de perspectiva descolonial reveladas por Boaventura de Sousa Santos⁵⁶. Esta relação é apontada por Brandão⁵⁷. É ilustrativo, neste sentido, o entendimento crítico que Sousa Santos³⁶ tem sobre a universalização dos direitos humanos, área onde se identifica a origem do trajeto metafórico do conceito de vulnerabilidade.

O alinhamento da fundamentação construída por Paulo Freire com a compreensão ampliada de saúde no conhecimento em Saúde Coletiva, requer ancoragem em estruturas epistemológicas críticas para interpretação do alcance social e político do conceito de vulnerabilidade. A movimentação interdisciplinar do conceito até sua apropriação pela Saúde Coletiva e, particularmente, pela Educação Popular em Saúde, tal como apresentado neste ensaio, reforça este ponto de vista. Desde uma

epidemiologia crítica, deve, então, ser pensada a aproximação entre epidemiologistas e educadores populares em saúde, trabalhadores que vivem insistente distanciamento histórico.

Na interpretação de Feito¹⁶, perceber a vulnerabilidade envolve o reconhecimento de nossa própria fragilidade e a consciência da alteridade, da coletividade e da participação social. A educação é instrumento de controle, e aqueles que se julgam exclusivos donos do conhecimento impõem sua cultura e seu saber aos demais, percebendo-os como incapazes de produzir ciência para interpretar e conduzir a vida. Tenhamos em conta a mensagem de Valla⁵⁸ aos educadores em saúde, de que profissionais e população não vivenciam as mesmas experiências, produzindo, as classes populares, suas próprias sistematizações e sentidos de mundo. Se negamos os saberes populares, é porque “a crise de interpretação é nossa” (p. 178).

Referências

1. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saude Soc.* 1994; 3(2):5-21.
2. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira – contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Stotz EM, Araújo JW. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saude Soc.* 2004; 13:5-19.
4. Ferreira MS, Castiel LD. Which empowerment, which health promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cad Saude Publica.* 2009; 25:68-76.
5. Rancière J. O ódio à democracia. São Paulo: Boitempo; 2012.
6. Adorno TW. O ensaio como forma. In: *Notas de literatura I.* São Paulo: Duas Cidades; 2008. p. 15-45.
7. Bunge M. Epistemologia – Curso de atualização. São Paulo: T. A. Queiroz; 1980.
8. Stotz EN. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: Canesqui AM, organizadora. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 1995. p. 115-22.
9. Menendez EL. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização. In: Rabelo PC, Rabelo MC, organizadores. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume-Dumará; 1998. p. 71-92.

10. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
11. Weisz G, Olszynko-Gryn J. The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic. *J Hist Med Allied Sci.* 2009; 65(3):287-326.
12. Morin E. Intervenção/resposta de Edgar Morin. In: O problema epistemológico da complexidade. Mem Martins, Sintra: Publicações Europa-América; 1992. p. 97-116.
13. Morin E. Intervenção final de Edgar Morin. In: O problema epistemológico da complexidade. Mem Martins, Sintra: Publicações Europa-América; 1992. p. 129-35.
14. Oliveira Júnior EQ. O conceito de vulnerabilidade no direito penal [Internet]. Ourinhos: LGF; 2010 [citado 27 Jun 2011]. Disponível em: <http://www.lfg.com.br/noticias/2146510/o-conceito-de-vulnerabilidade-no-direito-penal-eudes-quintino-de-oliveira-junior>.
15. Gárate ES. A Corte – Prólogo. Córdoba: Asociación por los Derechos Civiles, Programa sobre el sistema interamericano de protección de los derechos humanos; 2007 [citado 27 Jun 2011]. Disponível em: <http://www.adc-sidh.org/la-corte-lista.ehe?idsec=1&idsub0=12&idsub1=151&idsub2=152&ing.br>.
16. Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30Supl3:7-22.
17. Ricoeur P, organizador. O justo. São Paulo: Martins Fontes; 2008. Autonomia e vulnerabilidade; v. 2, p. 79-100.
18. Kowarick L. Viver em risco – sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil. São Paulo: Editora 34; 2009.
19. Sabroza PC. Concepções de saúde e doença. In: Santos EM, Natal S, organizadoras. Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa – Curso em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/Aids. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 350-69.
20. Santos M. O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.
21. Porto, MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Rev Crit Cienc Soc.* 2011; 93:31-58.
22. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16:923-8.
23. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43 No. Espe 2:1326-30.
24. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12:319-24.
25. Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38.
26. Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.
27. Tarantola D. Editorial: reducing HIV/AIDS risk, impact and vulnerability. *Bull World Health Organ.* 2000; 78(2):236-7.

28. Mann J, Tarantola D, editores. AIDS in the world II. Nova York: Oxford University Press; 1996.
29. Mann J, Tarantola D, Netter T, organizadores. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1993.
30. Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with hiv/aids. *Am J Public Health*. 2006; 96:1001-6.
31. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009; 18 Supl 2:11-23.
32. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.
33. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(11):11-24.
34. Ayres JRCM, Freitas AC, Santos MAS, Saletti Filho HC, França Júnior I. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):113-28.
35. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006; 22:1335-42.
36. Sousa Santos B. Direitos humanos, democracia e desenvolvimento. In: Sousa Santos B, Chauí M, organizadores. *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento*. São Paulo: Cortez; 2013. 41-133.
37. Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais de saúde; uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trab Educ Saude*. 2005; 3(1):9-30.
38. Coscrato G, Bueno SMV. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3):714-21.
39. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saude*. 2014; 12(1):129-47.
40. Amorim Neto R, Rosito MMB. Freire, Dussel e Kohlberg: da vulnerabilidade à autonomia. *Contrapontos*. 2007; 7(3):615-27.
41. Machado RCF. Autonomia. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 56-7.
42. Freire P. *Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
43. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 1978.
44. Rossato R. Domesticação. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 146-7.
45. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. São Paulo: Paz e Terra; 1977.
46. Freitas ALS. Conscientização. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ, organizadores. *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 99-101.
47. Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 2006. p. 35-41.
48. Freire P, Shor I. *Medo e ousadia – o cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

49. Guareschi P. Empoderamento. In: Streck DR, Redin E, Zitzoski JJ, organizadores. Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 165-6.
50. Carvalho I. O fetiche do "empoderamento": do conceito ao projeto econômico-político. In: Montañó C, organizador. O canto da sereia – crítica à ideologia e aos projetos do "Terceiro Setor". Rio de Janeiro: Cortez; 2014. p. 144-84.
51. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz E. O processo de construção compartilhada do conhecimento – uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos – reflexões da Rede de Educação popular e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-14.
52. Oliveira RM, Valla VV. As condições e as experiências de vida dos grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. Cad Saude Publica. 2001; 17 Supl 17:77-88.
53. Brandão CR, Borges MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. Rev Educ Pop. 2007; 6:51-62.
54. Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. Physis. 2016; 26(2):611-32.
55. Brandão CR, organizador. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. Participar-pesquisar; p. 7-14.
56. Sousa Santos B, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
57. Brandão CR. Entre Paulo e Boaventura: algumas aproximações entre o saber e a pesquisa. Proposta. 2007; 31(113):38-48.
58. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. Educ Real. 1996; 21(2):177-90.

Sevalho G. El concepto de vulnerabilidad y la educación en salud fundamentada en Paulo Freire. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):177-88.

En este ensayo, se discute la aplicación interdisciplinaria de conceptos al campo de la Salud Colectiva y se explora la relación del concepto de vulnerabilidad, en su dimensión social, con la Educación en Salud, en la perspectiva de la fundamentación elaborada por Paulo Freire. En el desarrollo de la salud colectiva, señalado por la complejidad del juego político, se pierde la radicalidad crítica y afloran propósitos neoliberales de conceptos vinculados a la participación popular, tales como los de promoción de la salud y empoderamiento. La vulnerabilidad remite al sentido de fragilidad y es un término presente en diferentes campos temáticos, particularmente en el de los Derechos Humanos. No es un concepto especialmente trabajado por Freire, aunque sus representaciones en la Salud Colectiva permitan pensarlo juntamente con la autonomía y dependencia en el contexto de las relaciones de opresión social que constituyen el enfoque central en la reflexión freireana y con tal sentido debe estar presente en la Educación Popular en Salud.

Palabras clave: Vulnerabilidad. Epistemología. Salud colectiva y epidemiología. Paulo Freire. Educación popular en salud.

Submetido em 21/09/16. Aprovado em 05/01/17.

Fronteiras da formação em saúde:

notas sobre a potência da vulnerabilidade

Simone Edi Chaves^(a)
Cleber Gibbon Ratto^(b)

Chaves SE, Ratto CG. Boundaries of professional education in health: notes on the power of vulnerability. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):189-98.

This essay presents a reflection of several authors involved in the debate on professional education in health. The text uses poststructuralist framework to discuss the boundaries of education as a window to the forces of the 'événement' (event). It proposes that learning occurs not only through formal institutional lines, but as product of the strength of encounters and drifts. The factors of exposure to difference are those giving consistency to the figure of a "pedagogy" of vulnerability. The continuity of the policies of health education regulation is questioned, as opposed to the loopholes in the education processes that occur in daily life. The text points to the force of a health education proposal that is ethically and politically committed to life as a permanent becoming and 'événement' (event).

Keywords: Education. Health. Formation. Becoming.

Este ensaio apresenta uma reflexão de autores implicados no debate da formação profissional em saúde. O texto discute, com referencial pós-estruturalista, as fronteiras da formação como uma abertura às forças do acontecimento, sustentando que a aprendizagem se dá não apenas por linhas institucionais formais, mas na força dos encontros e das derivas. São os fatores de exposição à diferença que dão consistência à figura de uma 'pedagogia' da vulnerabilidade. Colocam-se em questão as amarras das políticas de regulação do ensino da saúde em contraponto com brechas dos processos formativos que ocorrem no cotidiano. O texto aponta a potência de uma proposta de formação em saúde que esteja comprometida ética e politicamente com a vida enquanto devir e acontecimento.

Palavras-chave: Educação. Saúde. Formação. Devir.

^(a) Ideia e Método Assessoria e Consultoria. Rua Alameda Vitor Adalberto Kessler 86/06, Auxiliadora. Porto Alegre, RS, Brasil. 90.520-040. simonechaves2@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro Universitário LaSalle (UNILASALLE). Canoas, RS, Brasil. cleber.ratto@unilasalle.edu.br

Nota de abertura

A proposição de um caminho de estudo e reflexão está embasado numa perspectiva que não se ocupa em emitir verdades absolutas, mas busca reconhecer a subjetividade como aquilo que efetiva o modo singular que cada um de nós tem ao viver e/ou experimentar os acontecimentos da vida. Este ensaio preocupou-se em cartografar possibilidades ao tema da formação na saúde, na tênue relação entre as fronteiras do ensinar e do aprender para cada um de nós.

Para Suely Rolnik¹, “[...] a cartografia, diferentemente do mapa, que é representação e um todo estático, é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem” (p.23). Com esta autora, podemos dizer que um aprendizado não se dá somente com aquilo que descobrimos observando, mas, também, com aquilo que é sentido e vai fomentando o próprio pensamento.

Para dar conta deste texto, propomos o encontro com autores que ajudam a compreender os conceitos da saúde e da educação a partir de uma perspectiva transdisciplinar, notadamente aqueles que provêm do campo das filosofias da diferença. Félix Guattari² nos diz que andamos capturados por uma subjetividade capitalística^(c), capaz de aprisionar nosso modo de sentir e perceber as possibilidades que se colocam no mundo.

Ato 1 – Abrir fendas na Saúde e na Educação

Diferentemente do paradigma fiscalista, historicamente predominante no campo da saúde, segundo o qual a doença é concebida como negatividade, desorganização fisiopatológica que mereceria ser corrigida em termos de restabelecimento da normalidade morfofuncional, Guattari e Rolnik⁴ nos dizem que pode ser exatamente o contrário: pode ser na dilaceração da doença, na sua mais profunda desorganização, que encontramos a vida e a capacidade de sermos libertados da captura social, política e conceitual. O cuidado de saúde em situação de adoecimento pode ser promoção de saúde como afirmação de vida, e não apenas como restabelecimento dos parâmetros da normalidade estatística.^(d)

Para pensar os processos educativos, também podemos relacionar as reflexões que esses autores nos colocam. Educar na perspectiva do acontecimento, diferentemente de conformar uma subjetividade aos modelos ideais estabelecidos, consiste em abrir a subjetividade à afecção pelo mundo, numa aposta nas forças ativas do próprio mundo como potência transformadora. Trata-se de abertura ao devir criador das formas, e não à formação pautada pelo dever ser moral.^(e)

A educação passa a ser entendida como exercício de vulnerabilidade^(f), de abertura às forças do acontecimento, capazes de desfazer a organicidade dos territórios existenciais, forçando-os à diferenciação. A aprendizagem se dá quando conseguimos romper com as amarras institucionais, por linhas não formais, por fatores de exposição à diferença.^(g)

A partir da escrita de Deleuze em ‘Crítica e Clínica’⁸, a educação surge como produção do comum a um coletivo. O autor nos diz que “a literatura só começa quando nasce em nós uma terceira pessoa que nos destitui do poder de dizer Eu” (p.13). Um modo de se transpor a ideia da educação que liberta e transforma, numa ideia de formação acadêmica e de saber profissional – pressupostos esperados, determinados e instituídos, para uma ideia de educação intempestiva, vulnerável e inventiva.

Podemos citar Kastrup⁹, também em respaldo a esta condição de instabilidade que estamos propondo, para pensar os atos e processos educativos. Esta autora

^(c) Subjetividade Capitalística pode ser entendida captura social, vãos sendo serializados. Em certa medida, é uma tentativa de controle social, operada por um modo de ver o mundo que inviabiliza nossa potência singular.³

^(d) Para compreender esta nota sobre a busca pela normalidade estatística, buscamos ajuda nos conceitos de Canguilhem, quando este autor nos provoca a reflexão entre o Normal e o Patológico. A normatividade em Canguilhem está na capacidade de como interagimos com os eventos da vida, uma percepção qualitativa entre saúde e doença. Para o autor, o patológico é uma variação quantitativa do normal.⁵

^(e) Quando propomos uma educação na perspectiva do acontecimento, buscamos compreender a concepção de educador para Deleuze. Este autor nos ensina que, para aprender, precisamos estar em contato com o outro, com os signos. Com aquilo que nos força ao pensamento. Uma produção de diferença que dobra e desdobra como potência para outros e novos aprendizados.⁶

^(f) A noção de vulnerabilidade assume um sentido hegemônico no campo das ciências biomédicas. Termo fortemente usado para explicitar a condição social desfavorável do indivíduo frente aos adoecimentos e riscos à saúde. Esta noção de vulnerabilidade parte do pensamento biomédico, onde saúde é ausência da doença. Usamos, neste texto, a vulnerabilidade como um signo. Como sendo aquilo que provoca agenciamento. A vulnerabilidade como signo seria o momento de afecção.

^(g) Partimos da concepção da diferença a partir de Deleuze. Este autor nos ensina que a diferença se produz na multiplicidade. A diferença é manifestação singular que não se gruda às identidades sociais pré-fabricadas. Podemos dizer que há sempre a produção de algo novo, especialmente nos processos educativos, onde vamos dobrando e nos redobrando a partir dos acontecimentos e aprendizados. Esta é a produção da diferença em nós?

nos revela que “a aprendizagem não é entendida como a passagem do não saber ao saber, não fornece apenas condições empíricas do saber, não é uma transição ou uma preparação que desaparece com a solução ou resultado” (p.207). A aprendizagem é, sobretudo, a invenção de problemas, a experiência da problematização⁹. Nessa linha, quanto menos institucionalizados por orientações pedagógicas formais, mais potentes são os atos pedagógicos e mais intensidade têm para provocar o inédito e, com isto, a aprendizagem.

Guattari² em ‘Somos todos grupelhos’, também nos remete a pensar a educação para fora dela mesma. O autor nos ensina que a subjetividade é sempre coletiva, e que o desejo, enquanto agenciamento maquínico, é normalmente negado ou capturado pela realidade cotidiana que nomeia, ordena e estratifica os signos. A expressão ‘esmagamento do desejo’ revela de modo muito intenso que os indivíduos (nós todos) estamos despreparados para enfrentar as instabilidades da vida. Somos esmagados pela captura social – capitalística, que nos suga/captura para a vala comum, não a vida comum.

No campo educacional, quanto mais modelizadas e normatizadas as práticas pedagógicas, grosso modo, mais ‘adequadas’ para forjar a postura profissional esperada do trabalhador de qualquer área de conhecimento. A crítica que se apresenta ao campo da educação acadêmica é que deste lugar deveríamos esperar justamente o contrário, não?!

Um alerta necessário é o de não cair na armadilha de achar que é moda falar sobre processos de subjetivação e singularização, terminando por reduzi-los a simples práticas discursivas. Quando isto ocorre, é porque, certamente, estamos novamente em outra captura, num emaranhado de conceitos e de palavras vazias que não expressam de forma intensa aquilo que o autor nos instigou a pensar.

A exploração cartográfica deste texto é permeada por pensamentos e reflexões sobre o percurso formativo, especialmente no ensino de graduação em saúde, quando nos propomos a pensar na potência para a produção de singularidade no campo da Educação Superior. Podemos supor um projeto pedagógico de curso de graduação que seja ‘ato pedagógico’ de si mesmo?^(h) Pode ser uma instituição, um tempo, algumas pessoas, um curso, mas o fato que interessa é a materialidade do possível, da versão *poiética* (ato) daquilo que era versão poética (abstração).

Guattari⁴ destaca que, em toda atividade humana, o que mais temos vivido no mundo atual é a “padronização dos comportamentos” (p.7). Em seu livro ‘As Três Ecologias’¹³, o autor nos ensina que vivemos um período de degradação, que vai muito além do ponto de vista ecológico. Ocorre uma degradação das forças políticas e sociais, sucumbimos à padronização imposta pelo mundo capitalista e globalizado. Não levamos mais em conta os conflitos, a alteridade ou a emergência do diverso.⁽ⁱ⁾

O que este autor quer dizer é que há “aceleração das mutações técnico-científicas”, que avançam de maneira significativa, mas não sabemos nos apropriar delas e, a partir delas, torná-las operativas de processos de mundo, de processos de singularização, de processos sociais coletivos:

[...] as formações políticas e as instâncias sociais executivas parecem totalmente incapazes de aprender esta problemática no conjunto de suas implicações. Apesar de estarem começando a tomar uma consciência parcial dos perigos mais evidentes que ameaçam o meio ambiente natural de nossas sociedades, elas geralmente se contentam em abordar o campo dos danos industriais e, ainda assim, unicamente numa perspectiva tecnocrática, ao passo que só uma articulação ético-política – a que chamo de ecosofia – entre os três registros (o do meio

^(h) Os atos pedagógicos de si podem ser entendidos quando propomos a formação por currículos etnoimplicados. Onde o que orienta e explora a formação é a experiência sociocultural com os quais os conhecimentos e atividades vão sendo confrontados com a compreensão das pessoas envolvidas com o seu próprio processo de formação.¹⁰

⁽ⁱ⁾ Conceitos entendidos como oposição à massificação a que estamos cotidianamente submetidos, alteridade e diferença significam pontos de abertura e conexão, linhas de fuga, bifurcação do linear, rizoma.¹¹

ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana) é que poderia esclarecer convenientemente tais questões³. (p.9)

Podemos dizer que as orientações políticas que hoje fundamentam a Educação Superior não operam de modo a permitir vulnerabilidade nos processos de ensino. Não há espaço ou potência para que possamos dar conta daquilo que está no âmbito 'vivo' ou 'em ato' ou é 'pulsátil', para a vibratibilidade dos encontros. Operamos padronizadamente, acabamos freneticamente com o conflito, não permitindo a experiência da vulnerabilidade. Ainda que tenhamos avançado nas orientações políticas tanto da educação como da saúde, estamos presos e vinculados a normas, padronizações e orientações pouco criativas. Pouco se investe em componentes curriculares que permitam ao estudante conhecimento dos dilemas humanos e sociais numa perspectiva efetivamente sensível e experimentadora dos encontros.

No ensino em saúde, se aposta na diversidade social, cultural e econômica; investimos numa formação em saúde que atenda às diversidades regionais, mas – em contrapartida – quais os componentes curriculares que abordam de forma significativa temas como: antropologia, sociologia, linguística, filosofia, relações de gênero, segregações, homofobia e outras tantas questões emergentes das práticas cotidianas em serviço? Geralmente, estes temas estão vinculados às disciplinas de formação geral descontextualizadas do campo da atenção à saúde, e, além disso, não transversalizam a formação como um todo.

Na grande maioria das vezes, os projetos de ensino acadêmico buscam trazer novidade ou propor algo novo; no entanto, observamos currículos camuflados, e não com o exercício de novas perspectivas. Sem mudanças que estejam presentes no corpo de quem as opera, revestimos, com novas palavras, velhas práticas, quando precisamos, efetivamente, de práticas que revistam velhas palavras, dando-lhes nova força e sentido.

Um curso de graduação que tenha disposição para o inédito precisa, de alguma maneira, permitir a 'desordem'. Uma desordem que permita a dúvida, o questionamento, a transigência, o conflito. Para dar conta da emergência do inédito, precisamos acolher a vulnerabilidade a que estamos expostos, e que é constitutiva dos processos de transformação.

A crítica que fazemos em relação aos processos educativos é a de que, cada vez mais, buscamos aumentar o volume de conteúdos, disciplinas e carga horária nos projetos de ensino, sem que isto, necessariamente, garanta uma abertura à experimentação sensível, ética-estética-política dos campos de ação profissional. Em que medida flexibilizamos um projeto acadêmico para que o estudante tenha chance de protagonizar sua formação profissional, para que adquira, durante sua trajetória acadêmica, mais que conhecimento técnico-científico, que adquira potência para linhas de fuga?⁽¹⁾ Em que momento de um curso de graduação oportunizamos, ao estudante, que ele reflita sobre seu percurso de formação, que ele questione sobre o que está aprendendo e no que está se transformando? Em quais momentos, refletimos conjuntamente sobre as dificuldades do mundo do trabalho? Estes são dispositivos importantes ao processo de formação profissional, pois, além do conhecimento técnico, é indispensável preparar o estudante para o enfrentamento de uma dura realidade, onde a sensibilidade e a criatividade contam como competência política.

Jorge Larrosa¹³ nos dirá que o pensamento estúpido é nosso próprio pensamento quando o que pensa em nós é a nossa própria estupidez. Com as reflexões deste autor, nos damos conta de que, ao pensarmos contra a estupidez, continuamos mais estúpidos ainda:

⁽¹⁾ Linha de fuga, no pensamento de Deleuze, pode ser entendida como as múltiplas possibilidades que temos para aprender. A aprendizagem se dá pelos encontros, e não pela formalidade de uma proposta pedagógica. A linha de fuga é a escapada que transgride o mero ato de saber sobre algo ou sobre alguma coisa. Aprender passa a ser nossa capacidade de perceber a potência que está à nossa volta.¹²

[...] [secretamos] pensamento estúpido quando o que pensa em nós é nosso conformismo, nosso afã de segurança, nossa necessidade de ordem, nosso desejo de obedecer. Além do mais, posto que esta expressão [...] “o reino dos valores mesquinhos” deve ser lid[o] [...] [o] sentido nietzscheano, quer dizer, entendendo os valores do ponto de vista da vida, como valores para a vida, com riqueza ou com indignância para a vida, então [secretamos] pensamento estúpido quando o que pensa em nós é nossa vida empobrecida, nossa vida covarde ou, simplesmente, nossa renúncia à vida¹³. (p.134)

A diferença passa pelo campo do pulsátil, ou seja, nossa capacidade de singularização, que implica abertura à afecção pelo mundo e um trabalho de doação de sentido à experiência de desalojamento das formas já conhecidas. Nossa capacidade de sentirmos desconforto, incômodo, nossa capacidade de “gritar”, de argumentar em defesa do que nos acontece, aquém e além do que a racionalidade instrumental pode descrever.

Por que, por exemplo, quando vivemos um processo de reconhecimento de um curso de graduação, muitas vezes, nos submetemos a falsas rotinas, falsas ideias, falsas propostas? Somente para atender às exigências de uma política do ensino de graduação? O que vale mais a pena? Não assumirmos nossas fragilidades e processos? Argumentar nossas posições ou padronizar e mascarar aquilo que não somos para garantir um “bom conceito”?

Nossas reflexões sobre o tema nos autorizam a dizer que o que há de novidade ou de produção de singularidade está nas experiências invisíveis ou nas linhas de fuga de que qualquer processo de vida é portador. Neste sentido, seria a permissão para uma certa vulnerabilidade. Dar espaço, abrir fendas, dar lugar a uma instabilidade que, de alguma forma, possibilite o pulsar de algo inédito, na saúde, na educação e no lugar onde elas se encontram e tomam forma: a materialidade de nossos corpos.

Ato 2 – Elogio da vulnerabilidade na formação

Uma pedagogia vulnerável é uma pedagogia mestiça, que permite o trânsito entre as fronteiras. Uma pedagogia que não se pauta por um *a priori* de adequação e ajustamento às regras da institucionalidade ideal, o que, evidentemente, não significa apenas descumprir as exigências acadêmicas conforme orientam os órgãos reguladores, mas saber jogar com elas, estratégica e criativamente.

Não estamos propondo uma ‘afrenta à ordem’ no ensino de graduação, como já referimos. Trata-se de nossa implicação, engajamento e compromisso permitirem trair as regras da tradição acadêmica naquilo que ela tem de mais desvitalizante e amortecedor. De algum modo, abrir linhas transversais que deem um sentido àquilo que estamos engendrando como vida por meio (por entre) da instituição (o instituído) das relações de ensinar e aprender.

Uma ‘pedagogia da vulnerabilidade’ pode ser descrita como sendo o descolamento das amarras morais (que se fazem em nós como corpo ajustado), daquilo que nos prende às regras, que nos mantém apenas com a sensibilidade para o visível, as formas. A ‘pedagogia da vulnerabilidade’ dá permissão ao estado da convalescença.^(k) Uma abertura, uma linha de fuga para que a vida se misture ao cotidiano e, assim, nos permita viver o estranhamento. Não se refere a ‘processos ou procedimentos pedagógicos’, e sim a um ‘ato pedagógico’. É um estado, um modo de estar frente à vida, nos estudos, no trabalho, nas relações.

^(k) Propomos um “estado de convalescença” quando uma pedagogia está aberta ao inesperado. Um processo formativo que não está amarrado às identidades instituídas, mas uma proposta que vibra no ineditismo de cada nova aproximação.¹⁴

Passa a ser um comprometimento ético-estético-político que rompe com os padrões hegemônicos, com os padrões sociais correntes. Quando canalizada para um projeto de ensino de graduação, a vulnerabilidade proporciona espaço para que a produção de singularidade seja a potência de geração de estados inéditos.

O fato é que a vulnerabilidade é um processo de sofrimento (como toda afecção que abala formas e certezas). Portanto, não há planejamento prévio que permita a vulnerabilidade, sobretudo porque não temos ainda como prever a intensidade do sofrimento. A vulnerabilidade se dá pelo fato de que nos permitimos experimentá-la. Não podemos forjar em nós uma pedagogia da vulnerabilidade, ela não está dada no campo do previsível, do visível, do instituído. Pelo contrário, a vulnerabilidade pertence à ordem daquilo que, normalmente, não vemos, aquilo que vaza – as linhas de fuga, as fendas da própria institucionalidade.

Por esta razão, estar em estado de vulnerabilidade não é uma situação fácil, exige de nós vivermos intensamente a variação dos estados, com toda a 'dor e a delícia' que isso implica a cada momento. Exige acolhimento de parceiros. Mesmo que esta vulnerabilidade mostre as nossas fragilidades, que escondemos, que nos assustam, e que, normalmente, deixamos à margem. Na medida em que as fragilidades aparecem e explicitam nossas limitações para o enfrentamento dos problemas da vida, ganhamos em potência aquilo que, aparentemente, perdemos em imagem idealizada de nós mesmos. Ganhamos pela capacidade de inventar e de criar alternativas para percorrer novos caminhos, outros territórios, outras e novas descobertas.

No livro 'Diálogos', entrevista de Gilles Deleuze a Claire Parnet¹⁵, há uma emergência conceitual que tem grande ressonância com a concepção de uma pedagogia da vulnerabilidade: traição e trapaça. Deleuze nos diz que há diferença entre o traidor e o trapaceiro. Um vive a dor, o delírio, e é intenso. O outro forja a existência e jamais sente dor, embora possa simulá-la para fazer-se um 'ganhador'. O traidor é aquele que permite a intensidade, que se expõe, que se mostra, que apresenta sua vulnerabilidade, enquanto o trapaceiro finge ser algo que jamais será:

[...] traidor do mundo das significações dominantes e da ordem estabelecida. É bem diferente do trapaceiro: o trapaceiro pretende se apropriar de propriedades fixas, ou conquistar um território, ou, até mesmo, instaurar uma nova ordem. O trapaceiro tem muito futuro, mas de modo algum um devir. O padre, o adivinho, é um trapaceiro, mas o experimentador, um traidor¹⁵. (p.54)

Na 'pedagogia da vulnerabilidade', da mesma forma, só podemos vivê-la se nos permitirmos ser traidores, num jogo arriscado e vigoroso de abertura ao desconhecido, que é o encontro com a alteridade. Como traidores, assumimos o perigo a que o rompimento com a padronização nos expõe. A 'pedagogia da vulnerabilidade', na perspectiva do traidor, é a proposta para levar adiante os desafios da vida! Podemos sucumbir e aceitar as políticas impostas por um mundo que não mais tem lugar para o acaso, a incerteza, a fragilidade, os fracassos – e sermos, assim, trapaceiros –, ou podemos dar lugar ao estranhamento das formas e acolhermos as forças que nos ativam – sendo, assim, traidores de nossas próprias identificações.

Uma traição ocorre diante daquilo que se pensa e se espera do "próprio reino, do próprio sexo, de sua classe, de sua maioria"¹⁵ (p. 54), mas, nem sempre, nossa experiência ou este estudo escaparam da trapaça, não tivemos a coragem, não sabíamos negociar. Além disso, nos defendemos, nos 'protegemos', aceitamos a vitória das forças de maioria, 'de classe, de sexo, de reino', mas os desafios desta tese envolveram, também, essas agonias. Os desafios não estão escondidos. Pelo contrário, estão sendo compartilhados e expostos. Este estudo é um desafio ao padronizado, um desafio à política de Educação Superior, um desafio ao serializado, mas uma timidez ainda deixa verter a trapaça, não nos deixa 'ver' tudo quanto sentimos.

Deleuze¹⁵ nos ensina: é 'difícil trair' porque 'trair é criar'. Para trair, é "preciso perder sua identidade, seu rosto. É preciso desaparecer, tornar-se desconhecido" (p. 54), sobretudo porque minhas agonias, além de submetidas a diversos encontros, foram submetidas às orientações da política do ensino, portanto foram 'controladas'. Traí pelo exercício de viver intensamente algo novo. Insisti na necessidade de respirar, na necessidade de sentir emoção naquilo que vivo.

Por acreditarmos que havia potência ao inédito no curso em questão, que poderíamos, de alguma forma, apostar num curso de enfermagem que, de fato, falasse do cuidado, das pessoas, do que elas precisam, das condições que temos na realidade do trabalho em saúde, constituímos uma aventura ética.

A 'pedagogia da vulnerabilidade' remete à possibilidade de um curso que atende às orientações para a formação na área, cumprindo com as políticas que, de alguma maneira, suscitam a mudança; mas vamos para além disso, ao pensarmos a 'pedagogia da vulnerabilidade'. Associamos à política o nosso devir, nosso modo inédito de perceber a vida, o ensino, o cuidado e a saúde.

O que propomos com a 'pedagogia da vulnerabilidade' não é o 'envolvimento' ou o 'comprometimento' com determinado projeto de vida, mas a implicação ética com o viver e o produzir-vida. Não se trata apenas de envolver-se e comprometer-se, mas, para além disto, acreditar que as mínimas coisas podem introduzir uma enorme variação ou uma enorme defasagem, a identidade se desfaz, a(s) emergência(s) sobrevêm(vêm). Importa afirmar, apostar, inventar, criar. Colocar-se na roda, colocar a roda em rede, colocar a rede na roda, colocar redes em redes: entrar em ato pedagógico de si, introduzir a instituição e os coletivos em atos pedagógicos de si.

Quando Deleuze fala da escrita, diz-nos que escrever é uma "relação essencial com as linhas de fuga" (p. 56). A vulnerabilidade é uma linha de fuga, um delírio que, de algum modo, permite a mudança em nós e, conseqüentemente, naquilo com que estamos envolvidos: a vida, o casamento, os filhos, o trabalho. Para Deleuze, "escrever é traçar linhas de fuga, que não são imaginárias, mas que se é forçado a seguir" (p. 56), porque a escritura nos engaja nelas. Na realidade, nos embarca nelas. "Escrever é tornar-se, mas não é de modo algum tornar-se escritor, é tornar-se outra coisa"¹⁵ (p.56). A pedagogia da vulnerabilidade é tornar-se outra coisa, uma coisa diferente do que somos e daquilo que padroniza o mundo em que vivemos.

Em direção análoga, Michel Serres¹⁶ diz de maneira poética e clara: são três as alteridades da educação: sair, partir, deixar-se um dia seduzir. Aceitar o mestre, mas aventurar-se, deixar a casa paterna, o conhecido, os amigos. É diante da aventura que o caminho se revela, que os perigos se mostram e que uma construção viva se impõe. Algo ocorre, se efetiva, acontece, em vários momentos e nas relações estabelecidas. Isto que ocorre, se efetiva, acontece e, de algum modo, permite os inéditos, está no plano da vulnerabilidade. Está no plano dos acasos e do caos.

A vulnerabilidade permite que os inéditos aconteçam, ou que possamos extravasar nossa potência criativa. Serres¹⁶ diz que a aprendizagem está "no meio", ou seja, no 'entre'. Ele nos fala em seu livro 'O Terceiro Instruído' (Filosofia Mestiça) que "a verdadeira passagem tem lugar no próprio meio" (p.21). Para o autor, o aprendizado exige um lugar mestiço, onde há mescla, onde há mistura, onde há exposição ao aprendizado. Se é mais do que se era depois do aprendizado, também não se é a imagem projetada daquele que sabe, emerge um 'terceiro', 'outro'. Esse terceiro, resultado do aprendizado, é um então aquele que emerge da inteligência dos encontros, dos aprendizados, é um terceiro-instruído.

Para Serres¹⁶, a mestiçagem como pressuposto da aprendizagem indica que há um 'espaço' ou 'lugar' que permite o processo do aprender. Sendo este 'espaço' ou 'lugar' fluido, líquido, mestiço, ele opera com os sentidos, e, ao ativá-los, processa a aprendizagem. Para Serres, as margens definem a partida para a aprendizagem, mas esta só se efetiva no 'entre'. Atravessando o rio, entregando-se todo nu à dependência da margem a sua frente, acaba-se de aprender uma terceira coisa: "[...] nenhuma aprendizagem evita a viagem. Sob a orientação de um guia, a educação empurra para fora"¹⁶ (p.23).

No campo da Saúde Coletiva, Ricardo Burg Ceccim¹⁷ nos fala sobre a perspectiva entre-disciplinar nos atos terapêuticos, que trata da possibilidade de pensarmos que a clínica está na "travessia, na transmutação de valores, na surpresa dos terapeutas, na surpresa dos usuários" (p. 265). O autor nos provoca a pensar a relação profissional na área da saúde, o papel que ocupamos e quanto aprendemos quando nos jogamos no 'entre'. Ao atravessar, se aprenderá certamente. A aprendizagem se inicia, sobretudo, num terceiro mundo no qual somente o aprendiz transita. Este mundo é o que faz mudança em nós, que altera nossos sentidos, que convoca a aprendizagem, que irrompe em alteridade, que busca afecção e contato com o outro¹⁷.

Um projeto de ensino de graduação que dá lugar ao mestiço tem potência às aprendizagens. Não nos referimos a um processo pedagógico de ensino-aprendizagem, mas a um aprender que se dá nos entrelaçamentos e experimentações. A vulnerabilidade pode estar associada ao que Deleuze e

Guattari¹¹ conceituam como devir. Para os autores, o devir pressupõe embarcar em 'linhas de fuga', uma mistura de corpos, multiplicidade, diversidade. O sentido do devir para os autores é aquilo que acontece no encontro 'entre dois'. Ocorre um devir-professor ou um devir-aluno porque algo se passa que toca e modifica aqueles que habitam o território de ensinar e aprender.

Deleuze e Guattari¹¹ nos dizem que "o devir não produz outra coisa senão ele próprio" (p.15). É uma falsa alternativa que nos faz dizer: ou imitamos, ou somos. O que é real é o próprio devir, o bloco de devir, e não os termos supostamente fixos pelos quais passaria aquele que se torna.

A vulnerabilidade que acontece no 'entre' é justamente a possibilidade de transgressão, é o que garante sustentabilidade para nossos estranhamentos, confusões, medos e ansiedades. Quando há permissão à vulnerabilidade, há aprendizagem. Esta tese revela que um projeto de ensino em Educação Superior pode ser inovador quando se propõe a dar sentido àquilo que acontece no 'entre', quando reconhece que a vulnerabilidade é potência, e não risco.

Normalmente, buscamos romper com as sensações avassaladoras que nos atravessam cotidianamente, buscamos fugir da vulnerabilidade como se ela nos colocasse frente a frente com nossas agonias. A questão é que a agonia não é algo ruim. Trata-se de potência de vida pedindo passagem. Guattari³ nos diz que temos a tendência de sempre personalizar as coisas ao nosso redor, como a escola, a casa, a família, o casamento; buscamos, de qualquer forma, garantir que nossas vivências estejam balizadas por algo que já existe como um modelo, uma "sociedade que transpira a mesma espécie de tédio", o que leva a uma "impossibilidade de sair deste cerco pseudopersonológico" e, isto, sem dúvida, é a "produção de uma subjetividade completamente alienada" (p.129)³.

A vulnerabilidade ganha território na multiplicidade dos agenciamentos: "na subjetividade, sempre haverá inúmeros processos de subjetivação, que flutuam constantemente segundo os dados, segundo a composição dos agenciamentos, segundo os momentos que vão e vem"³ (p.132). Geralmente, buscamos a padronização dos processos e dos procedimentos. No campo do ensino na saúde, fica evidente que os cursos de graduação buscam a novidade e mudança para atender às novas tendências e exigências, mas, na grande maioria das vezes, com muitos limites à novidade.

Poderíamos dizer que o Capitalismo Mundial Integrado controla os movimentos de fuga ou de agenciamento, mesmo que eles sejam dados ou permitidos por uma política pública. Uma opressão com intensidade e com capacidade de interferir na produção de subjetividade, "uma imensa máquina produtiva de uma subjetividade industrializada e nivelada em escala mundial tornou-se dado de base na formação da força coletiva de trabalho e da força de controle social coletivo"³ (p.39).

Com isto, o movimento da vulnerabilidade assume, como diz Guattari³, o 'atrevimento de singularizar', um ato de resistência contra o processo de serialização da subjetividade. A vulnerabilidade pode ser um operador importante quando se propõe um projeto de ensino acadêmico. Na mestiçagem, no espaço 'entre', existem múltiplas possibilidades de inovação e mudança porque há permissão para se adentrar em territórios desconhecidos.

Nota de encerramento

A vulnerabilidade está dada na capacidade de proporcionarmos alternativas para ensinar práticas de cuidado a partir do reconhecimento dos outros e de nós mesmos. Pensar a execução de técnicas e procedimentos que coloquem o outro em destaque em detrimento das ferramentas, aos equipamentos e aos materiais. Atuar no ensino prático a partir desta referência, por certo gera alguma insegurança, sobretudo, no que isto causa em relação às práticas rotineiras e tradicionais.

O fato é que ou inovamos nas propostas de ensino em saúde ou seguiremos presos às velhas fórmulas, ainda que travestidas de novas propostas. Por que não podemos propor que a prática de uma determinada disciplina/componente curricular ocorra antes da teoria? Uma proposta inédita seria, por exemplo, possibilitar a entrada do estudante num laboratório ou colocá-lo em contato com a realidade do serviço sem antes abordar teoricamente tal tema. O encontro com o inesperado, com a novidade, as surpresas, as novidades, por certo fazem com que as dúvidas se potencializem em aprendizado quando provocarmos ou possibilitarmos o ensino formal. A riqueza está em partir da

multiplicidade das sensações e construir, em conjunto com os estudantes, as alternativas possíveis para se resolver determinada situação no campo da saúde. Significa dar a chance para o pensamento atuar, levar em conta outras dimensões do aprender.

A prática do cuidado no reconhecimento de si sugere uma implicação com a necessidade do outro. Propor, numa proposta de ensino acadêmico, significa pensar em cenários de práticas que potencializem a capacidade dos estudantes em sensibilizarem-se com o outro. Assim, os cenários de prática do ensino em saúde não podem apresentar-se como laboratórios de práticas e de procedimentos técnico-científicos *stricto sensu*. Precisamos de laboratórios/cenários de prática que possibilitem outros modos de apreender/aprender. Evidentemente que o ensino da técnica, particularmente no campo da enfermagem, é fundamental e necessário ao mundo do trabalho, mas isto não quer dizer que o ensino destas técnicas e procedimentos esteja descolado das pessoas que estão sob necessidade de cuidado.

A vulnerabilidade está na disposição que temos em viver o inédito, os assombros com a abertura ao intempestivo. Deixar perceber como uma política aquilo que está invisível é a nossa potência disruptora, nossa disposição à produção de singularidade. Quando isto ocorre num projeto de ensino acadêmico, temos a possibilidade de viver propostas que fomentem e inovem os cursos de graduação.

Há uma responsabilidade muito grande quando assumimos o desafio de formar profissionais da área da saúde. Permitir esta reflexão, por si só, é assumir que os territórios de passagem são múltiplos, são intensos, e que estamos em constante desterritorialização. A prática do cuidado é transversalizadora de nós mesmos, e nossa “atualização” para o cuidado é a nossa transversalização pelo cuidado.

Deleuze e Guattari¹¹ dizem que os processos de desterritorialização aparecem quando “o meio se acha transtornado sob o impacto do exterior” (p.71), assim, só o caminho da disruptura. “As linhas de fuga não param de se mexer, deslizar, se deslocar, mudar, assim, levados pelas linhas de fuga e movimentos de desterritorialização e outros por processos de descodificação ou deriva, uns com os outros se comunicando, estabelecemos cruzamentos” (p.71) pelo meio, desgastamos linhas, abrimos fluxos, bifurcamos e inventamos caminhos¹¹.

Podemos estar em territórios diversos, e é significativo pensar na desterritorialização, este processo não é absoluto, não é permanente, ao contrário, nos dá a sensação de deriva, de abandono, mas é esta sensação a possibilidade de sentir, aquilo que potencializa as experiências vividas.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ronilk S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: UFRGS; 2006.
2. Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. Trad Suely Rolnik. 3a ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
3. Guattari F. As três ecologias. Trad Maria Cristina F. Bittencourt. 9a ed. Campinas: Papirus; 1999.
4. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

5. Ramminger T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine*. 2008; 4(2):68-97.
6. Bianco G. Gilles Deleuze educador: sobre a pedagogia do conceito. *Educ Real*. 2002; 27(2):179-204.
7. Deleuze G. A dobra: Leibniz e o barroco. Trad Luiz Lacerda Orlandi. 2a ed. Campinas: Papyrus; 1991.
8. Deleuze G. Crítica e clínica. Trad Piter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34; 1997.
9. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. In: Lins D. Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2001. p. 207-23.
10. Macedo RS. Atos de currículos: uma incessante atividade etnometódica e fonte de análise de práticas curriculares. *Curric Sem Front*. 2013; 13(3):427-35.
11. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Trad Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. v. 1.
12. Schérer R. Aprender com Deleuze. *Educ Soc*. 2005; 26(93):1183-94.
13. Larrosa J. Linguagem e educação depois de Babel. Trad Cynthia Farina. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
14. Ratto CG, Chaves S. Educar para a "grande saúde" - vida e (trans) formação. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):177-85.
15. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. Trad Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta; 1998.
16. Serres M. O terceiro instruído. Trad Serafim Ferreira. Lisboa: Instituto Piaget; 1993.
17. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2004. p. 259-78.

Chaves SE, Ratto CG. Fronteras de la formación en salud: notas sobre la potencia de la vulnerabilidad. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):189-98.

Este ensayo presenta una reflexión de autores implicados en el debate de la formación profesional en salud. El texto discute, con referencial post-estructuralista, las fronteras de la formación como una apertura a las fuerzas del acontecimiento, sustentando que el aprendizaje se realiza no solo por líneas institucionales formales, sino también en la fuerza de los encuentros y de las derivas. Son los factores de exposición a la diferencia los que dan consistencia a la figura de una 'pedagogía' de vulnerabilidad. Se ponen en tela de juicio las amarras de las políticas de regulación de la enseñanza de la salud en contrapunto con brechas de los procesos formativos que ocurren en el cotidiano. El texto señala la potencia de una propuesta de formación en salud que esté comprometida, de forma ética y política, con la vida como devenir y acontecimiento.

Palabras clave: Educación. Salud. Formación. Devenir.

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

Colaboração interprofissional:

um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil*

Liziene de Souza Arruda^(a)
Carlos Otávio Fiúza Moreira^(b)

Arruda LS, Moreira COF. Interprofessional collaboration: a case study regarding the professionals of the Care Center for Elderly, Rio de Janeiro State University (NAI/UERJ), Brazil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):199-210.

The paper analyses the meanings of interprofessional collaboration using as source the perception of health professionals working in the Elderly Care Center of the State University of Rio de Janeiro (NAI / UERJ). This is a qualitative, descriptive and analytical case study. The research that led to this paper was a desk review of the interprofessional collaboration concept. In addition, we performed 13 semi-structured interviews with professionals working on different areas in the NAI-UERJ, from March to June 2015. The praxiological perspective of Pierre Bourdieu (sociology of practice), and especially the notions of habitus and field, were instrumental in the analysis and interpretation, as keys for understanding the relationship between practice and professional education of agents. A debate regarding different dimensions of interprofessional collaboration in the context of their interactions in care production is presented as a partial result of the research.

Keywords: Interprofessional relations. Collaborative practice. Elderly.

O artigo analisa os sentidos da 'colaboração interprofissional' a partir da percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico. Na pesquisa que deu origem ao artigo, foi realizada revisão documental sobre o conceito de 'colaboração interprofissional', além de 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes áreas do NAI-UERJ, no período de março a junho de 2015. A perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu, sua sociologia da prática, com destaque para as noções de habitus e campo, auxiliaram na análise e interpretação, sendo crucial para a compreensão das relações entre práticas e formação profissional dos agentes. Como parte dos resultados da pesquisa, apresentam-se, aqui, discussões sobre distintas dimensões da colaboração interprofissional, no âmbito de suas interações na produção do cuidado.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Prática colaborativa. Idoso.

* Extraído de "Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro", dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, em 2016.

^(a) Coordenação de saúde integral e Reinserção social, Departamento Geral de ações socioeducativa. Rua Estrada do Caricó, 111, Galeão, Ilha do Governador, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-450. lizienefarma@gmail.com

^(b) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. otavio@ensp.fiocruz.br

Introdução

Nas últimas décadas, a temática sobre a colaboração interprofissional se destacou no campo da saúde, como componente de uma ampla reforma política no modelo de formação e de atenção à saúde. Para isso, contribuíram a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a questão da melhora na qualidade do cuidado, na perspectiva de uma atenção integral, contínua, ampliada¹⁻⁵. Publicações de órgãos de saúde internacionais apontaram para a necessidade de reorganização das redes de atenção à saúde e formação, com ênfase na colaboração entre os profissionais e nas demandas de saúde dos usuários e da população^{1,3,4,6,7}. O cenário de saúde apontava, também, para a necessidade de se melhorar a compreensão dos processos de saúde e doença, além do aumento da complexidade do cuidado, advindo da mudança do perfil epidemiológico e demográfico, exigindo especialização médica e avanços tecnológicos que reforçam a questão da reestruturação das práticas em saúde⁸.

A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe; consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde³. Ela repercute no campo da educação, ao sinalizar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde¹.

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATi) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), é um serviço especializado de geriatria e gerontologia de nível secundário, que atende idosos com dependência ou maior risco de fragilidade. Desde a sua criação em 1993, este serviço se propõe a realizar trabalho em equipe com diversas áreas profissionais articuladas (farmácia, medicina, nutrição, fisioterapia, enfermagem, psicologia e serviço social); opera com a concepção de integralidade, que consiste na busca da apreensão ampliada das necessidades de saúde, compreendendo o idoso e seu familiar como sujeitos em um contexto histórico e social, o que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas de saúde⁹.

O NAI também oferece processos de formação profissional em saúde com os Programas de Treinamento Interprofissional em Saúde do Idoso, Residência Médica em Geriatria e Gerontologia, e Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

O NAI se organiza em diferentes cenários assistenciais, incluindo: promoção da saúde, ambulatório geral e de neurogeriatria, atendimento hospitalar, atendimento em instituições de longa permanência do idoso (ILPI) e acompanhamento domiciliar. A lógica do trabalho em equipe consiste na busca da construção interprofissional, desenvolvida numa matriz transversal que se articula com diversos projetos assistenciais. Cada cenário assistencial tem um ou dois coordenadores que organizam e articulam, junto aos membros participantes, as deliberações e tomada de decisão em equipe⁹.

A proposta de trabalho em equipe desenvolvida no NAI, ao longo dos anos, vem adotando práticas em saúde que se aproximam de concepções de clínica ampliada¹⁰, integralidade¹¹ e de princípios que norteiam tanto a Política de Humanização¹² quanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹³, para promover a produção de cuidado numa perspectiva gerontológica. Por esta razão, o NAI pode ser considerado um espaço favorável para se compreender melhor a operacionalidade da colaboração interprofissional, tendo em vista que poucos estudos sobre o tema dão enfoque à prática cotidiana com diferentes áreas profissionais no serviço de saúde. Justifica-se, deste modo, a necessidade de mais estudos para se apreenderem seus determinantes e seu impacto no serviço de saúde⁶.

A colaboração interprofissional aparece aqui como uma alternativa para se compreenderem as formas de comunicação e de interação entre os profissionais, em resposta aos problemas que configuram a complexidade do cuidado ao idoso. Por este motivo, o objetivo da pesquisa que deu origem a este artigo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde do NAI/UnATi/UERJ em relação à colaboração interprofissional, a fim de se compreenderem os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.

Método

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico, que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como pertinentes às ações, às relações e às estruturas sociais¹⁴.

O referencial teórico que orientou o desenho de pesquisa, o processo de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas), o roteiro temático com perguntas abertas e fechadas, e a análise do material integralizado no trabalho de campo foi a produção teórica sobre a colaboração interprofissional¹⁵, combinada com a sociologia da prática de Pierre Bourdieu, as noções de *habitus* e campo, com ênfase nas relações entre práticas e formação profissional¹⁶⁻¹⁸.

Foram entrevistados 13 profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), segundo os critérios de inclusão: aceitação e disponibilidade para participar da pesquisa; atuação profissional nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Nutrição, com seus respectivos registros no conselho federal de cada área de atuação; e tempo mínimo de um ano de atuação no serviço especializado de saúde do idoso. As entrevistas abertas ou em profundidade¹⁵ foram realizadas no período de março a junho de 2015, a partir de um roteiro temático de questões norteadoras, o que permitiu ao entrevistador explorar amplamente as questões desejadas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para a interpretação do material, utilizamos a análise de conteúdo na modalidade temática¹⁹. A partir de leituras repetidas e em profundidade do material, foram identificadas as unidades de conteúdo, que foram organizadas em temas afins, levando em consideração os determinantes sistêmicos, organizacionais e de interação da colaboração interprofissional²⁰. Os profissionais entrevistados foram identificados em suas falas pela letra E (entrevistado), seguida do número correspondente à ordem cronológica da entrevista. A partir da leitura das entrevistas realizadas, foram identificadas as categorias de análise associadas às percepções dos profissionais em relação: aos sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em março de 2015.

Resultados e discussões

Os profissionais de saúde entrevistados foram os seguintes: dois assistentes sociais, dois enfermeiros, três fisioterapeutas, um médico, um farmacêutico e dois psicólogos. Desse total, nove eram do sexo feminino (69,23%) e quatro do sexo masculino (30,77%), com a idade média de 38,69 anos, variando entre 26 a 53 anos. Estavam formados nos respectivos cursos de graduação na área da saúde há 14 anos, em média, com variação entre 4 a 32 anos.

Quanto ao tipo de vínculo com a instituição, cinco (38,46%) eram residentes do segundo ano da residência multiprofissional de saúde do idoso, sete (53,85%) eram concursados do serviço e um (7,69%) era ex-residente e terceirizado do NAI. Em relação à área de especialização, encontrou-se ampla variedade de formação entre os entrevistados: sete profissionais se especializaram na área de atuação atual (saúde do idoso); três profissionais têm mestrado (ciências médicas, serviço social e enfermagem), um concluiu o doutorado na área de saúde pública, e dois estão cursando o doutorado (um em serviço social e outro em nutrição).

A análise do material permitiu o agrupamento das percepções em várias unidades de registro e, para efeito deste artigo, foi considerada a categoria 'Dimensões da colaboração interprofissional', que apresentou alta frequência e relevância para a temática da pesquisa. Esta categoria reuniu o modo como os profissionais do NAI concebem e traduzem as interações na produção do cuidado da saúde do idoso, bem como as perspectivas sobre a colaboração interprofissional desenvolvida no NAI. Para desenhar a categoria acima, a discussão foi agrupada em três subcategorias, apresentadas com fragmentos das entrevistas e análise do material.

Troca informal, relação interpessoal e cooperação entre profissionais

As trocas informais entre os profissionais do NAI ocorrem em diferentes ambientes do cenário de prática e vão além do instituído: corredor, porta de banheiro, copa, bar, transporte (van), etc. Alguns entrevistados também citam telefone, e-mail e WhatsApp como recursos tecnológicos que facilitam a troca de informação, as interações entre eles.

Os profissionais entrevistados consideram que as trocas com outros durante a dinâmica do trabalho asseguram uma melhor produção do cuidado do idoso. Justificam, também, que o ritmo de produtividade do NAI é muito intenso, necessitando dessas oportunidades de trocas informais.

Baldwin²¹ considera que a efetividade da comunicação se dá quando membros da equipe permitem abertura do canal de comunicação, facilitando a interlocução e a escuta da opinião do outro, a fim de melhorarem os resultados de saúde. Além disso, o canal de comunicação aberto também dá oportunidade aos profissionais de compartilharem entre eles suas inquietações e vitórias geradas no dia a dia do trabalho.

A interdependência dos agentes pode ser verificada nas trocas informais que ocorrem na dinâmica do processo de trabalho do NAI. Além disso, os profissionais relataram a importância de apoio imediato nas demandas urgentes, que não podem esperar até reunião de final de turno ou necessitam da opinião (suporte) do outro para tomar decisão imediata. Apontam, também, a disponibilidade dos profissionais em atenderem as solicitações para realizarem a consulta compartilhada fora da programação agendada, indicando que as decisões tomadas na consulta compartilhada também são levadas para as reuniões de equipe de final de turno.

“Quando identifico algo que preciso decidir na hora da minha consulta, mas preciso do outro profissional para olhar e dar o seu aval, eu chamo esse profissional para a minha consulta e acabamos fazendo a interconsulta. E aí é uma decisão em conjunto que depois passamos para equipe na reunião de fim de turno”. (E6)

Assim, estes dispositivos colaborativos de comunicação podem ser considerados elementos facilitadores do trabalho compartilhado; sua adoção denota a disponibilidade do profissional para o acolhimento das demandas dos membros da equipe, corroborando a proposta do modelo de prática do NAI e a proximidade com o conceito de colaboração interprofissional. Percebemos, aí, esforços para ampliar o nível de interação entre os profissionais e reduzir a fragmentação do cuidado. Observamos que as trocas informais estabelecem e reforçam também: as relações interpessoais, o respeito mútuo, a confiança no outro e a atenção para sua solicitação, favorecendo de algum modo o trabalho colaborativo.

Baldwin²¹, em seus achados, aponta que as relações interpessoais possibilitam a construção da confiança, do respeito e da abertura da comunicação com o outro. Além disso, a mesma autora afirma que as relações interpessoais têm a capacidade de criar vínculos, sendo estes os determinantes de qualidade da colaboração.

Alguns profissionais relatam que a confiança entre eles se estabelece a partir da forma como determinado agente social age na produção do cuidado, dá e recebe *feedback* de maneira adequada, seu conhecimento técnico e, sobretudo, como conduz a prática de forma ética. A seguir, algumas ações e condutas observadas pelos entrevistados.

“Ética, observa que o profissional tem ética, na sua postura, na sua fala ou não fala em determinado momento na frente de determinada pessoa”. (E5)

“É obvio que a confiança no profissional se dá quando percebe que ele toma decisões corretas, tem a formação excelente e discute com argumentação”. (E2)

A confiança se estabelece por meio da competência do profissional, de suas habilidades e atitudes, da forma de ele agir profissionalmente com o outro. Para desenvolver a confiança, é necessário, também, um investimento de tempo, esforço, paciência e experiências anteriores positivas²¹.

Ainda em relação às cooperações, elas parecem ser facilitadas entre profissionais com a mesma posição na equipe (ser staff ou ser residente), ampliando a abertura de troca com o outro e a solidariedade. A afinidade refere-se à empatia e ao vínculo com o outro, com quem o trabalho é compartilhado no cotidiano. Já a eventual dificuldade de cooperação entre preceptores e residentes tem a marca da hierarquia das instituições de ensino, e pode se refletir no processo de aprendizagem dos alunos (residentes) e nas interações para construção de ações compartilhadas. Essas tensões entre agentes (preceptor e residente) podem ser relacionadas com as suas distintas posições no espaço social como um todo e no meio específico.

Tomada de decisão compartilhada, responsabilização multiprofissional e participação dos sujeitos na decisão compartilhada

Para os profissionais entrevistados, a tomada de decisão no NAI se dá de forma consensual, durante as deliberações realizadas nas reuniões de equipe no final do turno, mesmo quando nem todos os profissionais envolvidos estão de acordo com a decisão.

“(A escolha) é um processo de decisão terapêutico, em que toda a equipe através da vertente de atuação irá definir como vai ser realizada a conduta daquele paciente. Então, cada área vai dando seu ponto de vista e a equipe tem que chegar ao consenso. Embora, várias vezes esse consenso possa agradar alguns ou desagradar outros”. (E7)

Alguns entrevistados consideram que as deliberações em equipe se firmam pelos pactos coletivos nas reuniões de final do turno, pois estes estabelecem o comprometimento da equipe em realizar as ações. Eles parecem acreditar que os pactos impedem que os profissionais rompam os acordos firmados.

D'Amour et al.³ também acreditam que os membros da equipe devem buscar as pactuações por meio de discussão e negociação, participação ativa e o envolvimento do profissional nos processos de trabalho em equipe, pois as pactuações se mostram importantes para o desenvolvimento da colaboração.

Outra questão levantada por um dos entrevistados (E2) está relacionada com a cultura dos profissionais não médicos de transferir a responsabilidade da tomada de decisão apenas para a equipe médica, o que tende a sobrecarregar o trabalho desta equipe. Entende que há situações em que os profissionais não médicos têm competência profissional para a tomada de decisão, conforme o caso e a situação.

“Eu acho que às vezes outras equipes que fazem parte da equipe multi tendem a jogar todas as responsabilidades para o médico, como a coordenação, tomada de decisões, conversa com a família. Somos formados para isso! [...] Mas existe algo cultural, de que tudo que faz deve passar pelo médico. E isso acaba gerando retrabalho e carga de trabalho exaustiva. Numa realidade em que não temos médicos suficientes para fazer isso. [...] Mas a tomada de decisão tinha que ocorrer conforme cada competência profissional”. (E2)

A disposição dos agentes não médicos em transferir a responsabilidade para equipe médica pode estar relacionada com a preservação de práticas no modelo biomédico, ainda hegemônicas no campo da saúde, e com as predisposições internalizadas nos processos de formação ou em experiências profissionais anteriores. Mesmo profissionais de saúde não médicos tendem a atuar de acordo com o modelo dominante. Neste aspecto, suas ações não se relacionam diretamente com sua expertise, nem são necessariamente objetos de reflexão. As regras do campo constroem os agentes, e se fazem visíveis também nas referidas predisposições internalizadas (*habitus*) nos processos de socialização profissional anteriores, é a força e a fraqueza do *habitus*^{16,17,18}

Durante as deliberações dos casos atendidos, os profissionais buscam, entre as equipes de final de turno, aquele profissional de saúde com quem o usuário e seu familiar têm maior vínculo e empatia.

Este profissional será responsável por acompanhar o caso, retornar à equipe, bem como trazer o resultado das ações estratégicas de cuidado realizadas na reunião de equipe.

“A família pode ter a empatia um pouco mais na consulta de um ou menos com o outro. [...] existe o movimento da equipe de detectar quem é o profissional que o paciente ou cuidador tem empatia. E a partir daí tentamos acertar o plano de cuidado com participação dele”. (E2)

Observa-se que a equipe multiprofissional do NAI valoriza a participação do psicólogo nas deliberações da equipe. Contudo, verificou-se também que a troca de informação entre este profissional e outras áreas requer um manejo distinto, devido ao sentido que os psicólogos tendem a dar ao sigilo das narrativas dos pacientes.

“Quando trabalhamos em equipe com diferentes profissões existe a questão do trabalho em conjunto [...] No nosso caso tem a questão do sigilo, pois não posso expor o que estou trabalhando com o meu paciente. Porém mostro os efeitos para validar o nosso trabalho”. (E10)

Uma das hipóteses relativas aos processos associados à colaboração interprofissional, levantada no estudo de McDonald e McCallin²², refere-se às distintas áreas profissionais, que podem erguer barreiras substanciais para a troca de saberes e resoluções de problemas, como: a ausência de modelos mentais de análise, incompreensão semântica, conflitos epistemológicos e ameaças à identidade profissional. Isso pode ser observado na fala acima de um dos entrevistados, ao reconhecer especificidades de sua profissão e o *ethos* próprio da área de atuação.

Vemos, assim, visões e valores incorporados pelos agentes sociais em diferentes processos formativos, e atuando em um determinado campo, esse recorte do espaço social. Neste aspecto, diferentes propostas de cuidado à saúde e colaboração interprofissional se encontram e se confrontam. Nesse sentido, alguns profissionais do NAI agiriam ora na direção do trabalho mais fragmentado ora no sentido do trabalho mais integrado, centrado nas demandas do paciente e no compartilhamento dos cuidados da saúde do idoso. Isso pode ser observado na compreensão dos agentes quanto à proposta de modelo praticado pelo NAI.

Nos achados, percebe-se que alguns profissionais tendem a manter determinadas visões e práticas, mesmo quando estas são tensionadas pela prática culturalmente instalada no Núcleo. A fragmentação do cuidado em saúde ainda pode ser observada na conservação de estruturas do modelo assistencial da universidade; na especificidade de algumas categorias profissionais que mantêm práticas dominantes em sua área, que pode influenciar diretamente ou indiretamente o trabalho compartilhado; e, ainda, na transferência de responsabilidade dos profissionais não médicos para a equipe médica em decisões mais complexas, caracterizando a preservação do modelo médico-centrado.

Da perspectiva de Bourdieu, pode-se supor que os roteiros de ação dos profissionais não são operados necessariamente de forma consciente. Ao invés de partir do pressuposto da intencionalidade do sujeito, ele considera que as relações entre o agente, sua matriz de ação (*habitus*) e o campo em que atua oferecem uma compreensão mais consistente das práticas sociais, inclusive as profissionais. Essa matriz de ação, de que fala o referido autor, se forma nos processos de socialização por que passam os agentes, e deixam marcas que se expressam em seus corpos, discursos e práticas. Isso nos ajuda a compreender a permanência de certas visões e ações de alguns profissionais, a despeito da tensão exercida pelo modelo de prática culturalmente instalada no espaço institucional em que atuam¹⁷. Por isso que os agentes necessitam de estímulos que induzam um mesmo *habitus* a produzir práticas diferentes, pois este é um sistema de potencialidades constituídas na relação com as estruturas, capaz de reproduzi-las ou modificá-las¹⁶.

Em relação à participação de familiares e usuários nas tomadas de decisões de saúde junto à equipe, há convergência sobre a necessária participação, mas com visões distintas, entres os profissionais do NAI, sobre o nível da mesma. Na concepção do serviço social, por exemplo, entende-se que o idoso e seu familiar são sujeitos que devem participar em todos os momentos das decisões de

saúde junto com a equipe de saúde. De uma forma geral, os entrevistados consideram que a tomada de decisão se dá de forma consensual entre profissional e sujeitos.

“A concepção de família na área da gerontologia é uma concepção que o serviço social critica. Ela é muito restritiva na nossa leitura de família. Então, às vezes há um conflito de concepção de família. Na perspectiva do serviço social, o usuário e a família precisam ser informados e participados das decisões o tempo todo”. (E11)

“A tomada de decisão clínica no NAI ocorre através do consenso da família. A gente não pode agir e nem obrigar ninguém a fazer o nosso tratamento. E essa não é atitude que queremos no serviço ou coisa semelhante”. (E2)

D’Amour et al.³ acrescentam que muitos autores concordam que a participação do (s) sujeito (s) no processo da tomada de decisão traz resultados satisfatórios para a saúde. Mc Donald e Mc Callin²², em seus estudos, apontaram quatro questões que permanecem como desafios à colaboração. Uma delas é a questão da relação entre pacientes e familiares, e de como se dá a interação destes com os profissionais de saúde.

D’Amour et al.³ observam que os usuários podem agir como ‘entidades externas’ ou ‘fiador de terceiros’ a quem a responsabilidade é dada para ser coordenada pelo trabalho interprofissional. Os mesmos autores destacam que não se espera uma realidade em que os sujeitos participem plenamente nos diferentes aspectos do cuidado em saúde de forma igualitária como os outros membros da equipe. A solução para esta questão é encontrar alguma alternativa de envolver os sujeitos na dinâmica da prática colaborativa.

Os profissionais do NAI lançam mão do recurso da reunião familiar na tentativa de discutir e traçar os objetivos comuns na produção do cuidado. O uso deste recurso se dá por meio de solicitação do familiar, do usuário ou da equipe de saúde.

Caldas²³ demonstrou que é fundamental para a atenção ao idoso, em especial ao idoso no grau elevado de dependência, um olhar da equipe para seus familiares em torno de suas singularidades. Ou seja, os sujeitos (idoso e familiar) necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida. Os cuidados prestados aos familiares dos idosos não se reduzem a transmitir informações ou orientações gerais sobre o cuidado. É necessário que os profissionais de saúde compreendam que o fato de os familiares cumprirem as estratégias de cuidado não quer dizer que todas as demandas do idoso foram atendidas. O ideal é estabelecer alternativas que insiram os sujeitos nas decisões sobre os rumos do cuidado em saúde.

O cuidado centrado no paciente emergiu na fala do médico da equipe como recurso tecnológico fundamental para o cuidado da saúde do idoso. Trata-se da mesma concepção que atravessa a proposta de prática desenvolvida no NAI, compreendendo o idoso e seu familiar como sujeitos em um contexto histórico e social, em interação com os profissionais de saúde, que possibilita desenvolver o cuidado em resposta às demandas.

“Hoje em dia a maior tecnologia que existe na medicina é o cuidado centrado no paciente. Em vez de vermos o que sabemos para podermos ajudar o paciente, é o paciente que vê o que podemos oferecer para ele. Somos treinados para fazer o contrário. Falo pela medicina, porque não tive outra formação! Somos treinados para enquadrar o paciente nas diretrizes clínicas que são muito bem estudadas. Existem vários critérios para definir se o paciente é hipertenso ou diabético [...] eu tenho que encaixar o paciente em algum nível de risco [...] o cuidado centrado no paciente é o inverso. [...] temos que olhar todas as diretrizes clínicas e depois ver os pedaços dessa diretriz clínica que realmente se aplicam para esse paciente”. (E2)

Apesar da formação profissional do médico aparecer como entrave para ação compartilhada, a residência de geriatria do NAI trabalha no sentido de estimular a mudança na postura biomédica hegemônica, para desenvolver o trabalho compartilhado com diferentes áreas profissionais.

"[...] O médico geriatra tem uma formação diferente. Embora a formação original deles o pressione o tempo todo para acharem que vão tomar as decisões e fazer as coisas [sozinhos]. [...]Então, a formação deles coloca o tempo todo nessa direção. Mas a formação multi da residência acaba os provocando". (E11)

San Martins-Rodriguez et al.²⁰ consideram que a formação profissional para desenvolver a prática colaborativa requer que os agentes sejam estimulados a desenvolver novas competências; este o papel-chave do programa de educação profissional.

Para o médico, sua experiência como residente de geriatria proporcionou outra forma de ação na produção do cuidado:

"A minha experiência no NAI (como residente) foi reveladora, pois identifiquei o meu perfil de trabalho, o interdisciplinar. Pode fazer reuniões lado a lado, mas a formação em nenhuma residência coloca a equipe multi como algo prioritário. Em teoria sim, mas isso não se aplica". (E2)

Isso nos revela algo sobre o processo de conformação do *habitus* profissional em uma residência no campo da saúde. No caso desse agente, trata-se da incorporação de certo modelo de práticas e cuidado da instituição estudada. O processo de formação profissional do NAI oferece dispositivos colaborativos que reforçam a prática do trabalho compartilhado.

Relação de interdependência e forma de lidar com as fronteiras profissionais

Nesta última subcategoria, verifica-se que, em uma equipe multiprofissional como a do NAI, a interdependência se dá a partir do reconhecimento da limitação de cada área de atuação frente à demanda de saúde do sujeito, e da solicitação de suporte para outras áreas profissionais.

"Se identifico problemas sociais que atrapalham o consumo de certos alimentos, a segurança alimentar daquele paciente, eu tenho o serviço social. Se eu identifico problemas psicológicos, eu tenho a psicologia. Se estou com dúvida sobre a carência nutricional, doença grave, má ingestão ou não fiz uma anamnese adequada, eu tenho a medicina para avaliar as outras questões". (E1)

Nesta mesma pesquisa, citamos que D'Amour et al.³ identificaram a interdependência dentre os conceitos da colaboração interprofissional, relacionando-a à mútua dependência entre os membros da equipe e ao reconhecimento das limitações que caracterizam a prática autônoma; algo bem ilustrado pela fala do profissional acima (E1).

Além disso, a interdependência se relaciona com o aumento da complexidade das demandas da área de saúde; é o caso do serviço especializado do NAI, que oferece assistência ao idoso com risco de dependência ou maior fragilidade, demandando cuidados mais complexos. Os profissionais tendem a interagir entre si trazendo melhores contribuições, tanto nos aspectos teórico quanto nos aspectos práticos, para a resolução dos problemas de saúde³.

"Ninguém tem esse poder de deter todo o conhecimento, conhecer todas as práticas possíveis para suprir todas as necessidades daquele indivíduo. O indivíduo carrega muitas questões e quando esmiuçamos aparece um conjunto de coisas, por isso não tem como uma disciplinar dar conta de sua demanda". (E6)

Esses profissionais parecem compreender a limitação da sua área de atuação, e que uma única área da saúde não dará conta de toda a demanda de cuidado do idoso. Tal fato se justifica devido às múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam – social, psicológica, biológica e cultural –, do intenso processo de especialização do conhecimento e das complexas intervenções no cuidado do idoso. Além disso, parte dos entrevistados considera que a interdependência também

está relacionada: ao acesso fácil a uma determinada área profissional, à disponibilidade do outro em receber a sua solicitação, ao rápido *feedback* e à abertura para as trocas informais.

Para Peduzzi²⁴, a equipe representa, além de relações de trabalho, relações de saberes, poderes e, sobretudo, relações interpessoais. Esse modo de trabalhar exige que os profissionais utilizem seus saberes operantes particulares, baseados em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à assistência a se prestar, de forma compartilhada e negociada. Por isto que a interação entre os agentes implica: a articulação de diferentes áreas profissionais, trocas informais, parcerias, conhecimento da área profissional do outro e o reconhecimento, pelo outro, de sua necessidade para a atenção à saúde.

Ainda em relação a essa questão, um dos entrevistados destacou a importância dos espaços de estudo multiprofissionais, que propiciam aprimoramento dos saberes em relação ao conhecimento das outras áreas. Com isso, a interconsulta ou o encaminhamento para outro profissional de saúde podem ser realizados de forma adequada e segura.

“Também tem que ter uma base de conhecimento das outras disciplinas. Não só da minha! Preciso saber a área do outro para poder fazer o encaminhamento de forma correta. Não posso achar que uma questão de mobilidade é do psicólogo. Tenho que ter o mínimo de conhecimento para saber exatamente para onde encaminhar”. (E6)

Apesar das fronteiras profissionais mostrarem certa flexibilidade na área da saúde do idoso, um entrevistado reconheceu que ainda identifica dificuldade para implementar o modelo praticado no NAI, que transcende as categorias profissionais específicas. Por isso é necessário o exercício do trabalho compartilhado, seja nas graduações, internatos ou residências, no sentido de desenvolver o *habitus* profissional relacionado a este tipo prática.

Nas falas dos entrevistados, observamos que a formação profissional (graduação e estágios) não propicia espaços de atuação compartilhada, preservando, ainda, um tipo de formação disciplinar, unilateral e especializada.

Para Furtado²⁵, trabalhar em prol da colaboração necessita que os agentes queiram buscar esse status diferenciado por meio da formação profissional. Por isso, o maior desafio da colaboração não é negar a especificidade profissional, mas tentar, de alguma forma, estabelecer pontes entre a lógica profissional e a lógica de colaboração interprofissional, inicialmente antagônicas. A ‘lógica profissional’ corresponde à tentativa de garantir um mercado definido e inviolável de expansão do território, aumentar a autonomia e o grau de dominação, permanecendo no controle das regras sobre as categorias profissionais. Já a ‘lógica de colaboração interprofissional’ consiste na ideia da necessidade de compartilhar saberes, especialidades, experiências, habilidades, além de lidar com a intersubjetividade.

O agente social, ao atravessar as fronteiras profissionais, precisa de habilidades e conhecimentos para enfrentar as posições antagônicas, sobretudo, reconhecer as suas limitações profissionais e a área de atuação do outro. Assim, deve buscar ativamente pelas outras áreas profissionais para complementar as necessidades de saúde do indivíduo, possibilitando o alcance de melhores resultados de saúde²⁴. O modelo de prática desenvolvido no NAI se configura na direção do agente social ter de lidar com a interdependência profissional e disciplinar, permitindo o reconhecimento do seu limite de atuação e o limite da outra área profissional.

Considerações Finais

A proposta do NAI/UERJ é considerada um arranjo institucional potente para se abordar a colaboração interprofissional, ao prever a ação conjunta, integrada e articulada com os profissionais de diversas categorias (medicina, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia). As práticas na área da saúde do idoso articulam diferentes profissionais do campo da saúde, sendo, então, um espaço apropriado para compreender melhor a operacionalidade do trabalho compartilhado, suas características, seus limites.

Os resultados apresentados aqui permitiram identificar componentes interacionais e organizacionais da colaboração que são instituídos pelo NAI. Considera-se que a proposta do modelo de prática do NAI tenta estabelecer a lógica da colaboração profissional sobre a lógica da fragmentação do cuidado, disponibilizando dispositivos organizacionais (espaços coletivos) e interacionais que apoiam o trabalho compartilhado e permitem que os agentes sociais sejam estimulados a lidar com as fronteiras profissionais.

Quanto ao nível de interação entre profissionais, está fortemente relacionado com o estreitamento das relações interpessoais e abertura de canais de comunicação durante a dinâmica do processo de trabalho.

Por outro lado, os resultados apontaram para a necessária troca de informações entre os diversos profissionais e os limites impostos a alguns deles, como os psicólogos, pelos códigos de ética da profissão; isso tensiona alguns aspectos da prática interprofissional.

Apesar de este estudo não aprofundar a discussão sobre questões relativas ao processo de formação profissional ofertada pelo NAI, à luz da educação interprofissional, o ensino está presente neste espaço o tempo todo e nas discursões dos agentes sociais. A hierarquia no ensino, por exemplo, emerge em tensões eventuais entre as posições dos agentes (ser preceptor ou ser residente), que se refletem na dificuldade de interação e cooperação entre esses profissionais.

Em relação à proposta de cuidado praticada no NAI, ela tenta colocar a participação dos sujeitos (idoso e familiar), com suas demandas de saúde, no centro da produção de cuidado. Para tanto, a equipe do NAI lança mão de algumas alternativas que envolvem esses sujeitos, no sentido de desenvolver estratégias de cuidado em conjunto, por meio dos recursos da reunião familiar ou do critério de vínculo e afinidade dos sujeitos para com um dos membros da equipe, sendo este o responsável por acompanhá-los no tratamento e ampliar a mediação com a equipe cuidadora.

Mesmo não sendo o foco do trabalho, a pesquisa propiciou alguns questionamentos sobre as relações entre pacientes, familiares e profissionais do NAI, num contexto de cuidado do idoso com algum nível de dependência. Compreende-se que as doenças neurodegenerativas, como as demências, têm assumido maior relevância como problema de saúde pública devido ao aumento da população envelhecida. Trata-se de um processo geralmente irreversível, mesmo com a intervenção medicamentosa que estabiliza este processo, mas não impede a evolução da demência. Para tanto, é fundamental a participação dos sujeitos, em especial da família, que necessita aprender a lidar com tal realidade, compartilhar suas inquietações com a equipe de saúde para construir conjuntamente estratégias de cuidado.

Espera-se que os resultados apresentados possam contribuir para o debate sobre a colaboração interprofissional, considerando esta temática como um componente estratégico para a reestruturação do modelo de saúde no Brasil e, mais especificamente, para a saúde do idoso, que requer dispositivos próprios para o desenvolvimento de novas práticas de cuidado que coloquem as necessidades do idoso e seu familiar no centro da produção de saúde.

Colaboradores

Liziene Arruda participou na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material discursivo, redação final do artigo; Carlos Otávio Moreira participou na elaboração da metodologia, discussão dos resultados e revisão final do artigo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [citado 19 Dez 2016]. 64 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf.
2. Matuda CG, Aguiar DCL, Frazão P. Cooperação interprofissional e reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo e atenção. *Saude Soc.* 2013; 22(1):173-86.
3. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín Rodrigues L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *J Interprof Care.* 2005; 19 Supl 1:116-31.
4. D'Amour DGL, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(1):188.
5. Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu).* 2007; 22(11):239-5.
6. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Mother D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc Sci Med.* 2009; 69(5):707-15.
7. Gaboury I, Laurent ML, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model. *J Interprof Care.* 2011; 25(69):124-30.
8. Azevedo CS, Sá Castilho M, Miranda L, Graboys V. Caminhos da organização e gestão do cuidado no âmbito hospitalar brasileiro. *Polit Planej Gestão Saúde.* 2010; 1(1):95-115.
9. Motta LB, Caldas CPA, Assis M. Formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI UNATI/UERJ. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(4):1143-51.
10. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface (Botucatu).* 2014; 18 Supl 1:983-95.
11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1411-16.
12. Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2004; p.1-20.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 19 Out 2006.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Bourdieu P. *Esboço de uma teoria da prática.* In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983.

17. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007. A gênese dos conceitos de habitus e de campo.
18. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus; 2014.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferreira-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:132-47.
21. Baldwin A. Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care [tese]. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba; 2012.
22. McDonald C, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what in the patient-family role? *Interprof Palliat Nurs*. 2010; 16(6):286-9.
23. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto da família. In: Minayo MCS, organizadora. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
25. Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 22(11):239-5.

Arruda LS, Moreira COF. Colaboración inter-profesional: un estudio de caso sobre los profesionales del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):199-210.

El artículo analiza los sentidos de la "colaboración inter-profesional" a partir de la percepción de los profesionales de salud del Núcleo de Atención al Anciano de la Universidad Estadual de Río de Janeiro (NAI/UERJ). Se trata de un estudio de caso, con abordaje cualitativo de carácter descriptivo-analítico. En la investigación que dio origen al artículo, se realizó una revisión documentaria sobre el concepto de "colaboración inter-profesional" además de 13 entrevistas semi-estructuradas con profesionales de diferentes áreas, en el período de marzo a junio de 2015. La perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu, su sociología de la práctica, con destaque para las nociones de habitus y campo, auxiliaron en el análisis e interpretación, resultando crucial para la comprensión de las relaciones entre prácticas y formación profesional de los agentes. Como parte de los resultados del estudio, se presentan aquí discusiones sobre distintas dimensiones de la colaboración inter-profesional, en el ámbito de sus interacciones en la producción del cuidado.

Palabras clave: Relaciones ínter-profesionales. Práctica colaborativa. Anciano.

Submetido em 31/10/16. Aprovado em 12/12/16.

Inovação na formação médica:

apoio matricial em programas de residência

José Maurício de Oliveira^(a)
 Edson Malvezzi^(b)
 Renata Lúcia Gigante^(c)
 Everton Soeiro^(d)
 Gastão Wagner de Sousa Campos^(e)

Oliveira JM, Malvezzi E, Gigante RL, Soeiro E, Campos GWS. Innovation in medical education: matrix support in residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):

This study is focused on the application of the Paideia Matrix Support activities in in the Brazilian National Healthy System's medical residency programs. A mixed methods participatory research was conducted in a municipality outside the capital of the state of São Paulo, Brazil, using the following strategies: exploratory questionnaire, participant observation and focus groups applied to "matrix inducers" (preceptors and interns) and "matrix appliers" (health center local teams). The data was systemized via triangulation of its content and analyzed through Paideia's Method theoretical and methodological framework. The participants acknowledged the innovative nature of such practice, resulting in an improvement of pedagogical and healthcare praxis.

Keywords: Matrix support. Paideia methodology. Educational models. Internship and residency. Health system.

Trata-se de investigação sobre a incorporação de práticas de Apoio Matricial Paidéia em programas de residência médica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de pesquisa participativa de métodos mistos, foram utilizadas as estratégias de questionário exploratório, observação participante e grupo focal junto aos matriciadores (preceptores e residentes) e matriciados (equipes locais de centros de saúde) de um município do interior de São Paulo, Brasil. A sistematização do material se deu por meio da triangulação do conteúdo, e foi analisada à luz do referencial teórico e metodológico do Método Paidéia. A percepção dos envolvidos aponta para o reconhecimento de inovação desta prática, resultando na qualificação tanto da práxis pedagógica como da práxis assistencial.

Palavras-chave: Apoio matricial. Metodologia paidéia. Modelos educacionais. Internato e residência. Sistema de saúde.

^(a,b,c,d) Núcleo de Ensino e Pesquisa, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Avenida Prefeito Faria Lima, 340, Parque Itália. Campinas, SP, Brasil. 13036-220. jomauricio@uol.com.br; edsonmalvezzi@yahoo.com.br; renatagigante@ig.com.br; eversoeiro@uol.com.br
^(e) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

Práxis do apoio matricial e práxis pedagógica

A metodologia Paidéia propõe-se a abordar as dimensões: política, gestão, saúde coletiva, clínica e pedagogia. Teve suas primeiras aplicações no SUS na década de 1990 no município de Campinas/SP¹.

A concepção Paidéia tem compromisso com a ampliação da capacidade de as pessoas lidarem com poder, com o conhecimento e com a circulação de afetos de forma simultânea ao fazer diário das tarefas.

O Apoio Matricial é uma das aplicações dessa concepção, e pode ser utilizada na cogestão da clínica como meio de operar as relações interprofissionais entre um grupo de especialistas de um determinado núcleo que apoia especialistas de outro núcleo de conhecimento (equipe de referência). Além disso, essa estratégia também tem sido utilizada como recurso pedagógico para a formação em saúde²⁻⁶. O Apoio Matricial contempla uma dimensão assistencial e outra tecnicopedagógica.

São diversos os autores que apontam a hegemonia do modelo biomédico na formação dos profissionais de saúde, especialmente na de médicos, e a necessidade de mudanças nas concepções do processo saúde-doença no sentido da integralidade do cuidado. Existem vários estudos sobre a utilização do Apoio Paidéia como referencial pedagógico para a estruturação de processos educacionais que visem contribuir para a coconstrução de autonomia dos profissionais de saúde para lidarem com as situações do cotidiano do trabalho.⁷

O Apoio Matricial foi pensado e experimentado como forma para se operar em rede ou em sistemas complexos utilizando-se da lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, substituindo as tradicionais relações burocráticas, hierarquizadas e com grande desequilíbrio de poder.^{1,8-11}

Tem, desta forma, uma dimensão pedagógica que amplia a compreensão do processo saúde-doença-intervenção^{3,4}. Campos¹⁰ afirma que o trabalho em saúde é o exercício de uma práxis, uma vez que acontece por meio de relação entre sujeitos vinculados a uma análise da singularidade do contexto. "Toda práxis é uma atividade de transformação de dadas circunstâncias que nos conduzem a formar novas idéias, que por sua vez nos auxiliam a criar novas circunstancias"⁴ (p. 933).

Caracterização do cenário

Trata-se de sistema local de saúde, adscrito ao maior distrito sanitário da cidade, onde em 2016 residiam 318.697 habitantes¹², destacando-se, para este estudo, a relação entre o hospital e unidades básicas de saúde deste território.

O hospital, uma autarquia municipal, fundado em 1974, vem se destacando como principal acesso para urgências e emergências do sistema de saúde local, além de ser referência hospitalar e retaguarda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a respectiva região metropolitana.

Desde 2004, é reconhecido pelos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino, oferecendo qualificação e especialização na modalidade Residência em catorze programas nas áreas de medicina, caracterizando as atividades de pesquisa e de ensino como prioritárias dentro de sua missão institucional.

Sua principal articulação na rede assistencial se dá com e a partir do referido distrito sanitário, que conta com dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta articulação se expressa de diversas maneiras, que vão desde o planejamento conjunto das ações assistenciais, passando pela qualificação dos trabalhadores, chegando à implantação de programas, fluxos e protocolos. A realização de pactos assistenciais e as relações com os demais serviços são mediadas por esta parceria.

Reconhecendo a indissociabilidade entre a produção do cuidado, a formação de pessoas, a produção de conhecimento e a gestão, todos os projetos desenvolvidos têm como objetivo a incorporação do cuidado à visão do sistema de saúde organizado em rede. Este movimento se baseia em iniciativas e políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação (MS/ME) que vêm enfatizando que a formação de recursos humanos para o SUS deve incluir como campo de práticas de ensino todos os serviços de saúde que o compõem.

O apoio matricial nos programas de residência médica do hospital

Neste contexto, em 2006, inicia-se no hospital o processo de diversificação dos campos de prática dos residentes, com o objetivo: de ampliar sua compreensão sobre o sistema público de saúde; de identificação dos recursos assistenciais disponíveis; do reconhecimento das necessidades de saúde da população, e de sua inserção como profissional de saúde no cuidado em rede.

O primeiro arranjo decorre do reconhecimento que o especialista médico não deve ter sua formação exclusiva no ambiente hospitalar. Neste sentido, os programas de residência passaram a incluir um novo módulo com atividades em Unidades Básicas de Saúde. Participavam os programas de residência médica de pediatria, clínica médica e cirurgia geral.

Um segundo arranjo teve início a partir de 2009, quando houve a adoção de nova estratégia educacional, o Apoio Matricial, que possibilitou a inclusão dos programas de residência de: ortopedia, urologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e coloproctologia.

A estratégia foi organizada de modo que profissionais das Unidades Básicas de Saúde e as equipes matriciadoras desenvolvessem conjuntamente: avaliações dos encaminhamentos realizados para as especialidades, apresentação e discussão de questões teóricas pactuadas, discussão de casos clínicos, e atendimento conjunto de pacientes previamente selecionados pelas equipes.

Esta organização tem por objetivo promover a aproximação dos profissionais sob a ótica do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ampliando a integração entre os serviços e a qualificação do cuidado na rede de atenção. Operacionalmente, estas atividades ocorrem nas unidades básicas do referido distrito e no ambulatório de especialidades do hospital.

Desde a idéia inicial, sua concepção, planejamento e operacionalização, cada etapa foi construída, monitorada e avaliada em parceria com o referido distrito, tendo sido constituído um grupo gestor para tal. Este processo contou com apoio da diretoria do hospital e, em relação ao distrito de saúde, este projeto foi priorizado e assumido como agenda estruturante e estratégica para a qualificação do cuidado, tendo as UBS se organizado para a incorporação deste novo modelo.

Percurso metodológico

A investigação do Apoio Matricial que os programas de residência médica do hospital realizam no distrito sanitário foi incluída numa proposta de pesquisa multicêntrica com o mesmo objeto, e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.

A intenção deste estudo foi refletir sobre a especificidade da práxis de Apoio Matricial e práxis pedagógica, que articula preceptores dos programas de residência médica, residentes médicos e equipes de unidades da atenção básica, por meio da compreensão dos sentidos dos acontecimentos que compuseram a dinâmica desse programa, e, com isso, contribuir para sua compreensão, análise e aperfeiçoamento.

Os procedimentos metodológicos utilizados, alinhados com os da pesquisa original, estão no campo das pesquisas participativas de métodos mistos¹³. Para a produção do material empírico, foram utilizadas as seguintes estratégias: estudo quantitativo exploratório; análise histórico-estrutural de documentos oficiais; observação participante; e grupos focais. A interpretação e análise dos achados foram feitas pela triangulação dos dados^{14,15} à luz do Método Paidéia¹¹.

Estudo quantitativo exploratório

O trabalho de campo teve início com um estudo exploratório para identificação do contexto institucional do hospital, do distrito e do próprio funcionamento do Apoio Matricial. Para esta estratégia, foi aplicado instrumento com questões abertas aos preceptores e residentes dos programas envolvidos, cujo material foi sistematizado em um quadro síntese, que utilizou como elementos conceituais aqueles que compõem o objetivo da pesquisa.

Análise histórico-estrutural

Os documentos oficiais para análise histórico-estrutural da atividade de Apoio Matricial dos programas de residência foram obtidos nos sítios institucionais oficiais do hospital e do distrito. Esses dados auxiliaram na escolha da amostra da investigação qualitativa e na construção do contexto institucional. Foi nessa construção que se percebeu o escasso registro sobre sua história. Os poucos documentos trazem a conformação inicial articulada com: os programas de residência médica do hospital, seus campos de práticas na atenção básica e a escolha pela estratégia de cogestão com o respectivo distrito sanitário onde está inserido territorialmente.

Verificou-se, desta forma, a necessidade de se realizar uma ampliação de fontes para a análise histórico-estrutural, que resultou na realização de um grupo focal com informantes-chave. A escolha decorreu do privilegiamento dado à interação entre os sujeitos desse processo¹⁴, visto que a criação desse programa foi dispersa entre vários atores, e que nenhum deteria esse processo de forma completa¹⁶.

A partir desse material, e com a intenção de continuar a aprofundar esse processo interativo, foi produzida uma narrativa com adensamento e destaque às construções e sentidos conferidos pelos sujeitos ao objeto da pesquisa. Num segundo momento, essa narrativa foi apresentada ao mesmo grupo de informantes-chave com a função de validar os dados e produzir efeitos de intervenção com aprofundamentos ou alterações.

Nesta pesquisa, a narrativa foi adotada como recurso participativo de construção de consenso e validação¹⁷. Segundo Onocko-Campos¹⁸, a narrativa construída pelo pesquisador constitui, assim, recurso interpretativo para proporcionar a elaboração de sentidos para o material produzido. Trata-se de uma abordagem construtivista, que não busca somente compreender, mas, também, transformar, propor alternativas e buscar soluções^{18,19}.

Orofino e Oliveira²⁰ afirmam que as narrativas podem ser entendidas como uma forma de o ser humano contar suas histórias e ir organizando uma compreensão da sua própria existência e do mundo que o rodeia. Esses autores apontam que Paul Ricoeur²¹ trata a narrativa como uma invenção da síntese onde objetivos, causas, acasos e possibilidades são unificados temporalmente em uma ação total e completa. E, com isso, lhe atribui os sentidos singulares dos acontecimentos.

Na etapa qualitativa, foram utilizadas as estratégias de Grupos Focais (GF), Observação Participante (OP) e as questões abertas dos questionários.

Observação participante

A OP objetivou obter dados das práticas cotidianas dos encontros de Apoio Matricial, para seu posterior cruzamento com os discursos dos participantes dos grupos focais e com as questões abertas.

Para a realização da OP, foi definida uma amostra intencional²² a partir dos seis programas de residência envolvidos com o Apoio Matricial, sendo escolhidos quatro deles pelo critério de diversidade de práticas: Urologia, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Cirurgia Plástica.

Foram observados três encontros de cada programa numa determinada UBS, no período de dois meses, no segundo semestre de 2015. Além disso, houve um encontro realizado no ambulatório de especialidades do hospital. Para realizar as observações, os pesquisadores se valeram dos mapas conceituais e categorias escolhidos para a investigação, e mantiveram atenção em acontecimentos imprevistos. O registro das observações foi realizado por meio de um diário de campo, sendo este o principal material utilizado para análise.

Com a intenção de acessar a percepção e o discurso dos sujeitos envolvidos diretamente nos encontros do Apoio Matricial a respeito de suas práticas, foi utilizada a estratégia de Grupos Focais (GF).

Grupo focal

Foi realizado grupo focal com apoiadores, preceptores, residentes e equipe matriciada. Todas as pessoas que participaram dos encontros do Apoio Matricial observados foram convidadas. O material foi áudio-gravado e transcrito, sendo sistematizados e analisados segundo núcleos de conteúdo.

Resultados e análise

Com a finalidade de sistematizar os dados coletados e construir sua análise, foi elaborado um quadro síntese com os achados nas estratégias de pesquisa: Observação Participante, Grupo Focal e Questões Abertas do Questionário.

O material obtido a partir desta sistematização foi processado segundo as seguintes categorias analíticas: práxis do apoio; práxis pedagógica; relações entre os sujeitos envolvidos no processo; relações com os usuários; avaliação do processo; resultados do apoio; limites institucionais; e papel intersetorial.

O que apresentamos aqui é resultado da triangulação deste conteúdo, utilizando a concepção teórica e metodológica Paidéia¹¹. O fulcro dessa análise, em consonância com a proposta da pesquisa, utiliza o conceito de cogestão, que preconiza a reforma das organizações de saúde com base no estabelecimento deliberado de relações dialógicas com compartilhamento de conhecimentos, poder e afetos.

Reconhecendo que alguns estavam subsumidos, optou-se por integrar estas categorias em dois itens, identificando a complementaridade entre eles: práxis do Apoio Matricial e práxis pedagógica.

Sobre a Práxis do Apoio Matricial

A atividade do Apoio Matricial é considerada prioritária pelo hospital e pelo distrito sanitário. Reconhecem, nesta atividade, a oportunidade de qualificar a formação dos profissionais por meio dos Programas de Residência Médica envolvidos, ao mesmo tempo em que qualifica o cuidado e fortalece o vínculo na rede de atenção à saúde do município, em especial, com as unidades de saúde do referido distrito.

O Apoio Matricial desenvolvido atualmente envolve: os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), preceptores e residentes das especialidades médicas, por meio de encontros periódicos e regulares, geralmente quinzenais, com cerca de duas horas de duração, que ocorrem durante três meses de cada semestre.

As agendas dos encontros são estabelecidas por especialidade médica, ou seja, os encontros abordam os elementos e aspectos relacionados a uma única especialidade de cada vez, envolvendo a equipe de residentes e preceptores do programa de residência médica correspondente.

Em relação às UBS, a atividade de Apoio Matricial pode acontecer com a equipe de uma única unidade ou em conjunto com outras. Em relação aos profissionais de cada unidade, a participação é definida, sobretudo, pelos respectivos coordenadores destas, tomando-se este coletivo equipe de referência.

Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção²³. (p. 400)

Nessa categoria de análise, o enfoque será nos arranjos organizacionais e nas relações que se estabelecem entre as equipes, observando as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, e articulação de redes de saúde.

Um dos eixos de conformação do Método Paidéia¹¹ é a gestão democrática e participativa que se concretiza por meio da construção de sistema de Cogestão: “A existência desses espaços é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso á informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição”¹¹ (p. 41).

Nos achados, há diferentes percepções no que se refere ao planejamento e pactuação dos encontros e exercício do apoio. O planejamento da atividade é realizado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do hospital e pela Coordenadoria Distrital, com participação dos coordenadores de UBS. Esta é uma prática que avança no sentido da cogestão do processo, pois garante espaço de construção coletiva de análise e deliberação sobre a atividade, contudo, não inclui as equipes matriciadas.

Quanto ao local do encontro, estes podem acontecer tanto nas UBS como no ambulatório do hospital. Nesta dinâmica, identifica-se inovação no processo cujo exercício propiciou a emergência de modos de apoio não previstos, tal como a vinda do paciente e da equipe da UBS ao ambulatório do hospital.

Observa-se que uma das primeiras ações do Apoio Matricial é a avaliação feita entre as equipes matriciadora e matriciada(s) da demanda reprimida de encaminhamentos médicos das UBS para os ambulatórios de especialidades ainda aguardando por agendamento.

Nesse sentido, a análise da demanda reprimida pode ser interpretada como um dispositivo com duas intencionalidades primordiais: uma delas a de servir como critério para a escolha da especialidade matriciadora, sendo a especialidade com a maior demanda reprimida a eleita; e a outra seria aumentar a resolubilidade pelo Apoio Matricial, refletindo na qualificação do cuidado ofertada na UBS e possível diminuição da demanda reprimida.

No grupo focal emerge um desconhecimento dos participantes sobre a lógica utilizada para a escolha das UBS, da especialidade e dos profissionais que participarão da atividade do Apoio Matricial. Em decorrência do desconhecimento, surgem dois questionamentos por parte da equipe matriciada: se o critério utilizado para participação dos profissionais é adequado (demanda reprimida para especialistas); e se o Apoio Matricial está respondendo às reais necessidades de capacitação dos profissionais das equipes de referência, com vistas à qualificação do cuidado.

Outra questão elencada no grupo focal diz respeito à intencionalidade do Apoio Matricial. Ainda que se reconheçam a importância e a validade desse processo, emerge o questionamento se o mesmo tem como intenção suprir a falta de especialistas para responder à demanda gerada pela UBS.

“Bom... esses encontros eu acho muito bons, claro. Ter um especialista com quem a gente possa aprender é ótimo. Só uma crítica que é um certo incômodo pra mim, que esses matriciamentos... tem uma demanda reprimida muito grande, então... assim... a sensação que me dá, à princípio, é que a coisa foi feita porque o serviço é ruim. [...] eu fico com essa sensação de política pública de tapa buraco do negócio [...] Se não tivesse essa demanda reprimida pra ir para as especialidades, talvez não tivesse...” (GF)

Nas respostas às questões abertas, emerge a menção à necessidade de pactuação anterior com as equipes, reforçando a participação destas no processo de deliberação. Na Observação Participante, há uma percepção dos pesquisadores de que a pactuação anterior, aquela estabelecida entre hospital e distrito, é implícita e aceita pelos participantes.

Partindo do pressuposto de que, em todo trabalho em saúde, há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder, Campos¹¹ destaca que um sistema de gestão participativa depende da construção ampliada e da potência de se estabelecerem consensos e implementarem projetos entre o conjunto de pessoas de um coletivo, de todos os membros de uma equipe de trabalho, e não somente entre sua cúpula.

Para o Método da Roda, o fortalecimento do sujeito e a democratização das instituições são os dois principais caminhos para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica¹¹. Há, neste sentido, a necessidade de reforma das estruturas das organizações e do seu modo de

funcionamento. Reconstruir o modo de pensar e agir das pessoas, mas, também, reformar as normas e estruturas¹¹.

Na OP, verificou-se que as UBS se organizam para o Apoio Matricial, e que as equipes têm conhecimento prévio da atividade. Geralmente, o preceptor coordena o encontro, substituído pelo coordenador da UBS ou apoiador institucional do Distrito quando presentes. Percebemos, ainda, que, no momento do Apoio Matricial, o encontro propriamente dito transcorre em um clima amistoso, de cooperação e disponibilidade entre os participantes. Em ato, as atividades são pactuadas entre os profissionais de forma democrática, conformando um espaço participativo, de elucidação de dúvidas e sensibilização para temas mais significativos, podendo ser percebido um encadeamento das ações na sequência dos encontros. Essa mesma percepção foi manifestada no grupo focal de informantes-chave, conforme descrito no contexto.

A dinâmica é pautada pela troca de saberes e experiências entre os participantes, marcadamente, entre especialistas médicos (especialista-generalista, generalista-generalista). Os participantes reconhecem e respeitam seu papel no sistema. As discussões têm uma lógica da clínica tradicional, referenciada pela discussão de casos.

Neste sentido, há uma aproximação com o apontado por Campos e Domitti²³, quando afirmam que o AM procura construir e ativar espaço para comunicação e compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, construindo caminhos para um sistema integrado e resolutivo.

A observação da predominância da clínica tradicional pode ser explicada pelo processo de escolha dos casos a serem discutidos. Sua origem ocorre da demanda reprimida de encaminhamentos médicos das UBS para as especialidades.

A conformação das equipes matriciadas compõe, também, este quadro, na medida em que os profissionais participantes não necessariamente guardam relação com os pacientes cujos casos foram escolhidos para o encontro.

Os casos escolhidos, desta forma, ficam descontextualizados do processo de cuidado e focados no agravo não resolvido na UBS.

Outra observação é certa assimetria na relação, com preponderância do saber do especialista. Essa centralidade da Clínica é expressa pelas manifestações de participação de profissionais que se utilizam frequentemente do raciocínio clínico. O paciente está muito presente, mas não se percebe foco na construção da autonomia da pessoa sob cuidado.

Em relação a estes aspectos, uma hipótese é a presença do modelo biomédico preponderante na medicina, e na saúde em geral, em que houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas. A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde-doença restrito. Predominam os filiados à racionalidade biomédica, centrada no biológico e no curativo, o que os leva a pensar e a agir segundo essa perspectiva, tomando o paciente como objeto do conhecimento e da prática^{9,23}.

Ainda que no decorrer dos encontros vá diminuindo a presença dos profissionais não médicos das UBS, fato observado na OP, é reconhecida a importância da participação de toda a equipe no Apoio Matricial, justificada pela compreensão de que a corresponsabilização pelas necessidades dos usuários é atribuição de toda a equipe, favorecendo a qualificação do cuidado, troca de saberes e responsabilização. No GF, a voz dos matriciados refere que há motivação e reconhecimento de valor de uso desta atividade.

Em relação à avaliação dos encontros, esta não é uma prática frequente, ainda que, ao final da atividade, normalmente, sejam pactuados, entre os presentes, o conteúdo e formato do próximo encontro. Na OP, é mencionado que, quando a avaliação foi realizada, não teve padrão, dependendo do ator que a motivou. No GF, destaca-se, como avaliação geral, que o processo de Apoio Matricial é bastante produtivo e interessante, ainda que apontem a falta de maior aproximação entre as ofertas dos matriciadores e as necessidades das equipes matriciadas. Neste sentido, sugerem avaliações sistemáticas ao final de cada encontro e, periodicamente, no geral. Esta posição guarda consonância com o Grupo de informantes-chave de que a avaliação foi perdendo espaço e importância no processo de planejamento da atividade.

Sobre a práxis pedagógica

Nesta pesquisa, se investigou a utilização do Apoio Matricial como estratégia pedagógica de programas de residência médica de um grande hospital geral público para formação de especialistas.

Segundo o Grupo de informantes-chave, a proposta tinha como objetivo colocar o residente em contato com serviços públicos de saúde de um território sanitário específico, de tal modo a favorecer uma compreensão ampliada do SUS e da complementaridade do trabalho entre diferentes especialistas, da área hospitalar e da Atenção Básica. O Apoio Matricial nesse programa ofereceria, na sua formulação inicial, a possibilidade de o residente reconhecer o valor e a importância do trabalho compartilhado entre as equipes de diferentes saberes e níveis de atenção, e de vivenciar um cuidado em saúde que utiliza uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Castro²⁴ aponta, como achado de uma revisão integrativa sobre AM, que esta estratégia funciona, além do cuidado compartilhado, como uma forma de educação, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzirem casos de forma compartilhada.

Na pesquisa, os residentes aparecem de forma diversa. Na OP, eles assumiram vários papéis. No geral, o protagonismo é do preceptor que conduz o encontro e que oferece oportunidades de fala a eles. Não se observou, nos residentes, a postura daquele que aprende, que explora novas possibilidades de relação profissional e de construção do cuidado. Quando se manifesta, o residente o faz do lugar do especialista, semelhante ao comportamento do preceptor. A percepção dos pesquisadores é de que se voltam mais para os aspectos técnicos da assistência, dos protocolos e fluxos, e menos para os aspectos do sistema de saúde, explorando pouco estes temas em seu processo de formação.

Entretanto, quando os residentes se expressaram por meio das questões abertas do questionário, eles registraram que o Apoio Matricial tem valor para a sua formação. Destacam que há um aprendizado conjunto dos profissionais envolvidos, que eles desenvolvem capacidades em apresentarem os temas; e que a troca de experiências com os profissionais das UBS propiciou a oportunidade de melhor compreenderem o papel da Atenção Básica na rede de atenção do SUS e de articulação da rede de atenção locorregional, na medida em que define com clareza os papéis desses níveis de atenção e dos especialistas da Atenção Básica e Hospitalar e os critérios técnicos que os embasam.

Ainda nas questões abertas, foi apontada como problema a falta de capacitação dos matriciadores para o adequado desempenho do papel na orientação didática dos residentes e equipe matriciada.

A participação dos residentes, assim como dos preceptores, é cordial, de uma escuta cuidadosa sobre as questões levantadas pelos profissionais da equipe matriciada. O processo é de troca de conhecimentos, mas de forma marcadamente assimétrica, onde o saber técnico do especialista hospitalar predomina. É uma relação desenvolvida com anuência da equipe matriciada. E, segundo nossa percepção, é nesse saber técnico que os preceptores se apoiam grandemente para constituir sua identidade nessa atividade.

Vários são os dispositivos utilizados nos encontros de Apoio Matricial. Todos os mais conhecidos e tradicionais foram observados, como: a discussão de casos clínicos, atendimento conjunto, discussão de protocolos e da fila de pacientes encaminhados e em espera por agendamento na especialidade (demanda reprimida da UBS), bem como aportes teóricos sobre os agravos mais relevantes para a Atenção Básica.

Segundo Campos e Domitti²³:

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas,

mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência²³. (p. 401)

Uma inovação foi a utilização da estratégia de simulação por meio de discussão de pacientes fictícios. Na presença do usuário, o atendimento foi conjunto. Outra foi a realização de encontros no ambulatório das especialidades no hospital, sendo que não foram atendidos somente pacientes desse nível de atenção, mas também compareceram pacientes oriundos da Atenção Básica selecionados pelas equipes das UBS.

Os usuários estiveram presentes em 7 (sete) dos encontros realizados e totalizaram 9 (nove). Valoriza-se a importância do Apoio Matricial para qualificar o cuidado prestado ao usuário, explicitado pela melhora dos encaminhamentos, pela facilidade de acesso às especialidades e pelo cuidado integral. Neste sentido, o usuário é reconhecido como o centro da atenção, porém sem efetiva participação na construção do seu projeto terapêutico.

Outra dimensão identificada foi o reconhecimento, pelas equipes das UBS, de que esse programa é efetivo em oferecer novos conhecimentos, e que, com isso, ocorreu uma real qualificação da assistência. Os protocolos e diretrizes clínicas apresentadas incluíam: os principais critérios de diagnóstico dos agravos discutidos, os exames subsidiários adequados a serem solicitados, bem como os critérios de encaminhamento para o especialista. Não houve modificação das diretrizes clínicas apresentadas, e sim esclarecimentos sobre o papel das equipes da atenção básica e da hospitalar.

Em parte dos atendimentos, a voz do usuário como coautor do seu cuidado inexistiu, nem são consideradas as dimensões histórico-culturais da sua vida, nem seus desejos e escolhas. Nem os profissionais matriciadores nem as equipes apoiadas incluíram esses aspectos. O cuidado é discutido e planejado pelos profissionais segundo lógica das melhores evidências ditadas pelo saber médico especializado.

Considerações finais

Considerando que o objetivo central deste trabalho é analisar a incorporação das estratégias de cogestão – Apoio Matricial – e suas repercussões nas práticas de gestão e cuidado em saúde no SUS, o campo foi o Apoio Matricial dos Programas de Residência Médica desenvolvidos no sistema público de saúde.

A partir da análise dos dados coletados, destacam-se alguns aspectos julgados relevantes por provocarem reflexões sobre o processo e pelo seu potencial de desencadear mudanças no Apoio Matricial desenvolvido entre o hospital e o distrito sanitário onde se insere.

No que se refere à questão da Cogestão, destaca-se que o avanço observado é a inclusão dos apoiadores e coordenadores de unidades no planejamento da atividade, contudo, o limite é a não inclusão das equipes matriciadas nesse processo. O reflexo desse movimento é a manifestação, pelas equipes, do desejo de maior protagonismo.

Trata-se, pois, de um processo em construção. É reconhecido o avanço, mas, também, o desafio da inclusão das equipes nos espaços de análise e deliberação. Há um apontamento claro para a ampliação e inclusão da realidade dos sujeitos e suas práticas.

Em relação à modelagem atual dos encontros, que parte da demanda reprimida por especialidades médicas e compõe grupos com representantes de diversas unidades de saúde, a constatação é de que esse desenho favorece o exercício de uma clínica tradicional, uma vez que fica centrado no trabalho médico e no exercício do raciocínio clínico. Há a centralidade no usuário, com foco no seu processo patológico de adoecimento. O generalista, no espaço do Apoio Matricial, frequentemente mantém a

lógica do modelo biomédico. Em algumas situações, amplia-se esse horizonte incorporando elementos da clínica ampliada, atendendo à expectativa da contribuição do Apoio Matricial nesse sentido.

Como foi possível observar, há o reconhecimento de que essa estratégia qualificou a assistência, entretanto, é um processo de aprendizado que se centra no papel do especialista hospitalar e uma Clínica Tradicional que toma, como objeto central do cuidado, a doença, seus determinantes biológicos e em abordagens predominantemente prescritivas. Chama atenção a ausência da inclusão de dimensões subjetiva e sociocultural do viver e adoecer.

Um elemento valoroso foi a identificação da produção de inovação refletida na utilização de duas novas ferramentas/dispositivos na operacionalização do Apoio Matricial: o uso da simulação pela construção de casos fictícios com patologias frequentes na especialidade; e a vinda do paciente para ambulatório de especialidade para atendimento junto com a equipe matriciada.

Esta pesquisa ensejou, ainda, a possibilidade da reflexão sobre a prática do Apoio Matricial, e levou a proposição de mudanças e recomendações na organização desta atividade.

A recomendação central é a retomada da avaliação sistemática do processo, incluindo as equipes matriciadoras e matriciadas, como retroalimentador da construção coletiva do Apoio Matricial e do cuidado em rede.

Outra questão relevante é a possibilidade de rever a inclusão do residente no processo como um todo, de modo que o Apoio Matricial seja utilizado como potencializador da reflexão sobre a prática pedagógica, funcionando como um dispositivo de qualificação da formação.

Para além da produção de conhecimento, foi determinante para readequações imediatas na organização e planejamento do Apoio Matricial seguintes, considerando as recomendações elencadas acima.

De modo geral, os diferentes atores e em diferentes momentos manifestaram sentido de valor positivo ao Apoio Matricial. Essa menção se estende desde o aprimoramento das relações e o movimento de integração entre equipes e serviços até a efetiva qualificação do cuidado e da formação.

Colaboradores

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

Referências

1. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:983-95.
2. Furlan PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
3. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paidéia e formação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.

4. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio paidéia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:931-43.
5. Cunha GT. Grupos Balint-Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
6. Furlan PG, Amaral MA. O método de apoio institucional paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 15-33.
7. Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 5(5):2337-44.
11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Campinas. Secretaria municipal de saúde. Coordenadoria de informação e informática. População por faixa etária e sexo das áreas de abrangência dos cs e distritos de saúde, 2000-2016 (Internet). 2016 [citado 12 Abr 2016]. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-103.
16. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1990.
17. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Ed. Unicamp; 2011.
18. Onocko-Campos R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
19. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 321-34.
20. Orofino M, Oliveira JM. Permita que te conte! Uma narrativa sobre as narrativas. In: Tempiski P, Mayer FB. Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados: humanização das práticas de ensino e de cuidado na saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
21. Ricoeur P. Tempo e narrativa. São Paulo: Martins Fontes; 2010. v. 1.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.

23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.

24. Castro CP. Análise da estratégia de apoio matricial no SUS [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Oliveira JM, Malvezzi E, Gigante RL, Soeiro E, Campos GWS. Innovación en la formación médica: apoyo matricial en programas de residencia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):211-22.

Se trata de una investigación sobre la incorporación de prácticas de Apoyo Matricial Paidéia en programas de residencia médica en el ámbito del Sistema Brasileño de Salud (SUS). A partir de una encuesta participativa de métodos mixtos, se utilizaron las estrategias de cuestionario exploratorio, observación participante y grupo focal con los matriciadores (preceptores y residentes) y matriciados (equipos locales y centros de salud) de un municipio del interior de São Paulo, Brasil. La sistematización del material se realizó por medio de triangulación del contenido y se analizó a la luz de la referencia teórica y metodológica del Método Paidéia. La percepción de los envueltos señala el reconocimiento de la innovación de esta práctica, resultando en la calificación, tanto de la praxis pedagógica como de la praxis asistencial.

Palabras clave: Apoyo matricial. Metodología Paidéia. Modelos educativos. Internato y residencia. Sistema de salud.

Submetido em 17/08/16. Aprovado em 11/11/16.

Innovation in medical education: matrix support in residency programs

José Maurício de Oliveira(a)

Edson Malvezzi(b)

Renata Lúcia Gigante(c)

Everton Soeiro(d)

Gastão Wagner de Sousa Campos(e)

(a,b,c,d) Núcleo de Ensino e Pesquisa, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti. Avenida Prefeito Faria Lima, 340, Parque Itália. Campinas, SP, Brasil. 13036-220. jomauricio@uol.com.br; edsonmalvezzi@yahoo.com.br; renatagigante@ig.com.br; eversoeiro@uol.com.br

(e) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

This study is focused on the application of the Paideia Matrix Support activities in in the Brazilian National Healthy System's medical residency programs. A mixed methods participatory research was conducted in a municipality outside the capital of the state of São Paulo, Brazil, using the following strategies: exploratory questionnaire, participant observation and focus groups applied to "matrix inducers" (preceptors and interns) and "matrix appliers" (health center local teams). The data was systemized via triangulation of its content and analyzed through Paideia's Method theoretical and methodological framework. The participants acknowledged the innovative nature of such practice, resulting in an improvement of pedagogical and healthcare praxis.

Keywords: Matrix support. Paideia methodology. Educational models. Internship and residency. Health system.

Matrix Support Praxis and Pedagogical Praxis

The Paideia methodology proposes to approach the political, managerial, clinical, pedagogical, and collective health dimensions. Its first applications in the SUS

(Brazil's National Healthcare System) occurred in the 1990s in the city of Campinas, state of São Paulo¹.

The Paideia conception is committed to expanding people's capacity for dealing with power, knowledge, and the circulation of affections, at the same time that they perform their daily tasks.

Matrix Support is one of the applications of this conception and it can be used in the co-management of the clinic as a way of operating the interprofessional relations among a group of specialists from a certain nucleus that supports specialists from another knowledge nucleus (reference team). In addition, this strategy has also been used as a pedagogical resource for health education²⁻⁶. Matrix Support has an assistance dimension and a technical-pedagogical one.

Many authors discuss the hegemony of the biomedical model in the education of health professionals, especially physicians, and the need of changes in conceptions of the health-disease process, aiming at the provision of comprehensive care. Several studies have approached the utilization of the Paideia Support as a pedagogical framework to structure educational processes that aim to contribute to the co-construction of the health professionals' autonomy to deal with daily work situations⁷.

Matrix Support has been developed and employed as a way to operate in network or in complex systems, using the logic of co-management and support for interprofessional relations. Therefore, it replaces traditional relations, characterized by bureaucracy, hierarchy and power inequality^{1,8-11}.

Thus, it has a pedagogical dimension that broadens the understanding of the health-disease-intervention process^{3,4}. Campos¹⁰ argues that health work is the exercise of a praxis, as it happens by means of a relationship among subjects connected with an analysis of the singularity of the context. *Every praxis is an activity of transformation of given circumstances that leads us to form new ideas, which, in turn, help us to create new circumstances*^{4:933}.

Characterization of the Scenario

This study's scenario is a local healthcare system subordinated to the largest health district of the city, where 286,437 inhabitants live¹². The study focuses on the relation between the hospital and primary care units of this territory.

The hospital is a municipal autarky that was founded in 1974. It has been gaining ground as the main access to urgencies and emergencies in the local healthcare system, and it is a reference hospital for diagnostic and therapeutic support services in the respective metropolitan region.

In 2004, the Ministries of Health and Education recognized it as a Teaching Hospital. It offers qualification and specialization in the Residency modality in fourteen programs in the areas of medicine, and the activities of research and teaching are considered priorities within its institutional mission.

Its main articulation in the care network is with the above-mentioned health district, which has sixteen *Unidades Básicas de Saúde* (UBS - Primary Care Units). This articulation is expressed in several ways, which range from the joint planning of care actions and workers' qualification, to the implementation of programs, flows and protocols. The performance of care provision pacts and the relations with the other services are mediated by this partnership.

Recognizing the inseparability among care production, workers' education, knowledge production and management, all the developed projects aim to incorporate care into the view of a networked healthcare system. This movement is based on initiatives and policies of the Ministries of Health and Education, which have been emphasizing that the education of human resources to the SUS must include, as a field of teaching practices, all the health services that compose it.

Matrix Support in the hospital's medical residency programs

In this context, in 2006, a process of diversification of the residents' fields of practice was started in the hospital, with the objectives of: broadening their understanding of the public health system, identifying the healthcare resources that

are available, recognizing the health needs of the population, and including residents as health professionals in the networked care.

The first arrangement derives from the recognition that the medical specialist should not be educated exclusively inside the hospital environment. Thus, the residency programs included a new module with activities at Primary Care Units. The following medical residency programs participated in this module: pediatrics, medical clinic and general surgery.

A second arrangement started in 2009, when a new educational strategy – Matrix Support – was adopted. It has enabled the inclusion of residency programs in orthopedics, urology, plastic surgery, vascular surgery and coloproctology.

The strategy was organized so that professionals from the Primary Care Units and the teams that provided matrix support training jointly evaluated referrals to the specialties, presented and discussed theoretical questions that had been previously agreed on, discussed clinical cases, and jointly assisted patients who had been previously selected by the teams.

This organization aims to reduce the distance among professionals from the perspective of multiprofessional and interdisciplinary work, expanding the integration among services and the qualification of assistance in the care network. The activities occur at the Primary Care Units of the above-mentioned district and at the hospital's outpatient specialty clinic.

The initial idea and its conception, planning and operationalization were constructed, monitored and evaluated in partnership with the district, and a managing group was constituted to accomplish it. This process was supported by the hospital's board of directors. As for the health district, the project was prioritized as a structuring and strategic agenda for the qualification of care, and the Primary Care Units organized themselves to incorporate this new model.

Methodological Path

The investigation of the Matrix Support that the hospital's medical residency programs perform in the health district was included in a multicenter research proposal with the same object of study. The proposal was approved by a Research Ethics Committee.

This study aimed to reflect on the specificity of the Matrix Support praxis and pedagogical praxis, which articulate preceptors of the medical residency programs, medical residents and teams from Primary Care Units. The intention was to understand the meanings of the events that composed the dynamics of this program, in order to understand, analyze and improve it.

The methodological procedures that were used, aligned with those of the original research, are in the field of participatory mixed methods studies¹³. For the production of the empirical material, the following strategies were used: quantitative exploratory study; historical–structural analysis of official documents; participant observation; and focus groups. The interpretation and analysis of the findings were carried out through data triangulation^{14,15} in light of the Paideia Method¹¹.

Quantitative exploratory study

The fieldwork started with an exploratory study to identify the institutional context of the hospital and of the district, and to learn about the functioning of Matrix Support. An instrument with open questions was administered to the preceptors and residents of the programs involved, and the data were systematized in a synthesis table that used the elements that compose the aim of the study as conceptual elements.

Historical–structural analysis

The official documents for the historical–structural analysis of the Matrix Support activity of the residency programs were obtained from the official institutional websites of the hospital and district. These data helped in the selection of the sample

for the qualitative investigation and in the construction of the institutional context. It was during this construction that we noticed the scarce record of its history. The few documents that exist approach the initial configuration articulated with the hospital's medical residency programs, its fields of practices in primary care, and the decision to adopt the strategy of co-management with the health district in which it is territorially included.

Thus, we identified the need to expand the sources for the historical-structural analysis, and this resulted in the conduction of a focus group with key informants. This choice derived from the importance given to the interaction among the subjects of this process¹⁴, as the creation of this program was dispersed among many actors and none of them would know the complete process¹⁶.

Based on this material and aiming to continue and enhance this interactive process, we produced a narrative that emphasized the constructions and meanings that the subjects attributed to the study's object. Afterwards, this narrative was submitted to the same group of key informants in order to validate the data and produce intervention effects with the inclusion of details or alterations.

In this study, the narrative was adopted as a participatory resource for the construction of consensus and validation¹⁷. According to Onocko-Campos¹⁸, the narrative constructed by the researcher is an interpretive resource that enables to attribute meanings to the produced material. It is a constructivist approach whose intention is not only to understand, but also to transform, propose alternatives and search for solutions^{18,19}.

Orofino and Oliveira²⁰ argue that narratives can be understood as a way that human beings have of telling their stories and gradually organize an understanding of their own existence and of the world that surrounds them. According to these authors, Paul Ricoeur²¹ views the narrative as an invention of synthesis, in which objectives, causes, fortuitous events and possibilities are temporally unified in a total and complete action. Thus, Ricoeur attributes to the narrative the singular meanings of events.

In the qualitative stage of the study, the following strategies were employed: Focus Groups, Participant Observation and the open questions of the questionnaires.

Participant Observation

This strategy aimed to obtain data from the daily practices of the Matrix Support meetings in order to subsequently triangulate them with the discourses of the focus group participants and the open questions.

To carry out the Participant Observation, an intentional sample²² was defined based on the six residency programs involved in Matrix Support. Four of them were chosen according to the criterion of diversity of practices: Urology, Vascular Surgery, Coloproctology and Plastic Surgery.

Three meetings of each program were observed at a Primary Care Unit during two months in the second semester of 2015. In addition, one meeting was held at the hospital's outpatient specialty clinic. To perform the observations, the researchers used the conceptual maps and categories chosen for the investigation and focused their attention on unforeseen events. The observations were registered on a field diary, which was the main material used for the analysis.

Aiming to access the perception and discourse of the subjects directly involved in the Matrix Support meetings regarding their practices, the strategy of Focus Groups was utilized.

Focus Group

A focus group was carried out with the district's institutional supporters, preceptors, residents and the team that received training. All the individuals who participated in the Matrix Support meetings that were observed were invited. The material was audio-recorded and transcribed, and it was subsequently systematized and analyzed according to content nuclei.

Results and Analysis

With the purpose of systematizing the collected data and constructing their analysis, a synthesis table was developed, containing the findings obtained with the research strategies: Participant Observation, Focus Group and Open Questions of the Questionnaire.

The material obtained through this systematization was processed according to the following analytical categories: support praxis; pedagogical praxis; relations among the subjects involved in the process; relations with users; evaluation of the process; results of support; institutional limits; and inter-sectoral role.

What we will present here results from the triangulation of this content, using the Paideia theoretical and methodological conception¹¹. The fulcrum of this analysis, in consonance with the study's proposal, uses the concept of co-management, which advocates the reform of health organizations based on the deliberate establishment of dialogic relations characterized by the sharing of knowledge, power and affections.

Recognizing that some of the categories were subsumed, we decided to integrate them into two items, identifying the complementariness between them: Matrix Support praxis and pedagogical praxis.

About the Matrix Support Praxis

The Matrix Support activity is considered a priority by the hospital and the health district. They recognize, in this activity, an opportunity to qualify the professionals' education through the Medical Residency Programs that are involved. At the same time, Matrix Support qualifies the care that is provided and strengthens the connection in the city's healthcare network, especially with the district's primary care units.

The Matrix Support that is currently developed involves the professionals who work at the Primary Care Units, the preceptors and residents of the medical specialties in periodical and regular meetings, which are usually held once every fifteen days. The

meetings last approximately two hours and take place during three months every semester.

The meetings' agendas are established by medical specialty, that is, the meetings approach elements and aspects related to one single specialty at a time, involving the team of residents and preceptors of the corresponding medical residency program.

As for the Primary Care Units, the Matrix Support activity can involve the team of one single unit or teams of other units. Concerning the professionals of each unit, participation is defined mainly by their respective coordinators, and this set of professionals is considered a reference team.

Within this logic, the reference team is composed of distinct specialists and professionals responsible for intervening in the same object – a health problem –, who aim to achieve common goals and who must perform a set of tasks, even though they have diverse intervention modes²³. (p. 400)

In this category of analysis, the focus will be on organizational arrangements and on the relations that are established among teams, and we will investigate the possibilities of performing an extended clinic, a dialogic integration among distinct specialties and professions, and the articulation of healthcare networks.

One of the configuration axes of the Paideia Method¹¹ is the democratic and participant management, which is fulfilled by means of the construction of a Co-Management system: "The existence of these spaces is a sign of democracy. Democracy is, therefore, a possibility of exercising Power: having access to information, participating in discussions and in decision-making. Democracy is, at the same time, a construction and an institution"¹¹ (p. 41).

In the findings, there are different perceptions regarding the planning and decision-making concerning meetings and the exercise of support. The activity is planned by the hospital's *Núcleo de Ensino e Pesquisa* (NEP – Teaching and Research Nucleus) and by the District's Coordination, with the participation of the coordinators of the Primary Care Units. This practice has been advancing towards the co-

management of the process, as it guarantees a space for the collective construction of analysis and deliberation regarding the activity. However, it does not include the teams that receive Matrix Support training.

As for the venue of the meetings, they can happen both at the Primary Care Units and at the hospital's outpatient clinic. In this dynamics, it was possible to identify innovations in the process, as it has enabled the emergence of modes of support that had not been foreseen, like the patient's and the Unit team's visit to the hospital's outpatient clinic.

We found that one of the first actions of Matrix Support is the evaluation performed by the teams (the team that provides the Matrix Support training and the team or teams that receive training) of the pent-up demand for medical referrals from the Primary Care Units to the outpatient specialty clinic (patients still waiting for appointment scheduling).

Thus, the analysis of the pent-up demand can be interpreted as a device with two main intentions: one is to serve as a criterion for the choice of the specialty that will be the focus of Matrix Support, and the elected is the one with the highest pent-up demand. The other intention would be to increase the solving rate of Matrix Support, which would enhance the qualification of the care that is provided at the Primary Care Units and might reduce the pent-up demand.

In the focus group, the participants reveal that they ignore the logic used for the choice of the Primary Care Units, the specialty and the professionals that will participate in the Matrix Support activity. Due to this, the team that receives training has two questionings: whether the criterion used for the professionals' participation is adequate (pent-up demand for specialists), and whether Matrix Support has been meeting the real qualification needs of the professionals from the reference teams, aiming to qualify the care that is provided.

Another question that emerged in the focus group regards the intentionality of Matrix Support. Although the participants recognize the importance and validity of this process, they wonder if it intends to supply the specialists that are needed to meet the demand generated by the Primary Care Units.

“Well... I think these meetings are very good, obviously. Having a specialist with whom we can learn is great. I have only one criticism about something that bothers me: these Matrix Support activities... there’s a very high pent-up demand, so...I have the feeling that the thing was done because the service isn’t good. [...] I get the feeling that it’s a public policy that was made to roughly meet unexpected demands and deficiencies of the healthcare system [...] If there weren’t this pent-up demand to refer patients to the specialties, perhaps it wouldn’t exist...” (Focus Group)

In the answers to the open questions, the subjects mention the need of a previous agreement with the teams, which strengthens their participation in the deliberation process. In the Participant Observation, the researchers noticed that the previous agreement, the one established between the hospital and the district, is implicit and accepted by the participants.

Based on the assumption that, in every health work, there is an encounter among subjects with important differences concerning desires, interests, knowledge and coefficient of power, Campos¹¹ argues that a participatory management system depends on an extended construction and on the potency for establishing consensuses and implementing projects by the whole set of people of a collective, by all the members of a work team, and not only by their leaders.

According to the Circle Method, strengthening the subject and democratizing the institutions are the two main paths to reformulate and overcome the hegemonic managerial rationality¹¹. Thus, it is necessary to reform the organizations’ structures and mode of functioning. It is imperative to reconstruct people’s way of thinking and acting, but norms and structures must also be reformed¹¹.

In the Participant Observation, we found that the Primary Care Units organize themselves for Matrix Support and that the teams have previous knowledge about the activity. Usually, the preceptor coordinates the meeting and is replaced by the Unit’s coordinator or by the district’s institutional supporter when they are present. We also found that, when Matrix Support is taking place, the meeting occurs in a friendly

atmosphere; the participants are willing to help and to cooperate with one another. The professionals reach a consensus in relation to the activities in a democratic way, configuring a participatory space in which doubts are solved and awareness is raised towards significant themes. We noticed that a chain of actions occurs after the meetings. This perception was manifested in the focus group of key informants, as described in the context.

The dynamics is characterized by the exchange of knowledge and experiences among participants, mainly among medical specialists (specialist-generalist, generalist-generalist). The participants recognize and respect their role in the system. The discussions follow the logic of the traditional clinic, which is based on the discussion of cases.

This corroborates Campos' and Domiti's²³ ideas, when they state that Matrix Support aims to construct and activate a space for the communication and sharing of knowledge among reference professionals and supporters, building paths towards an integrated system that is able to meet the demand.

The predominance of the traditional clinic can be explained by the process in which the cases to be discussed are chosen. Its origin derives from the pent-up demand of medical referrals from the Primary Care Units to the specialties.

The formation of the teams that receive Matrix Support training also contribute to this scenario, as the participant professionals are not necessarily related to the patients whose cases were chosen for the meeting. Thus, the chosen cases are decontextualized from the process of care and focus on the problem that was not solved at the Primary Care Unit.

Another observation is that there is some asymmetry in the relation, as the specialist's knowledge prevails. This centrality of the Clinic is expressed by the manifestations of professionals who frequently employ clinical reasoning. The patient is, indeed, present, but there is no focus on the construction of the autonomy of the person who receives care.

Regarding these aspects, one hypothesis is the presence of the biomedical model that prevails in medicine and in health in general, characterized by an

increasing division of work, which hinders the integration of the process of providing healthcare for people. The majority of the health specialties and professions deal with a restricted framework about the health–disease process. Those affiliated to the biomedical rationality predominate – a rationality that is centered on the biological and curative dimensions. This makes them think and act according to this perspective, viewing the patient as the object of knowledge and practice^{9,23}.

Although, as successive meetings take place, the presence of non–medical professionals from the Primary Care Units gradually decreases – a fact that was observed in the Participant Observation –, the importance of the participation of the entire team in Matrix Support is recognized, justified by the understanding that the entire team is responsible for meeting users’ needs. This favors the qualification of the care that is provided, knowledge exchange and co–accountability. In the Focus Group, the professionals who receive Matrix Support training mention that they are motivated and recognize the value of using this activity.

Concerning the evaluation of the meetings, this is not a frequent practice, although, at the end of the activity, the content and format of the subsequent meeting are decided by the participants. In the Participant Observation, it was mentioned that, when the evaluation was performed, there was no standards, and it depended on the actor who motivated it. In the Focus Group, the general evaluation was that the Matrix Support process is really productive and interesting, even though they mentioned that there is a distance between what the trainers offer and what the trained teams need. Thus, they suggest systematic evaluations at the end of each meeting and periodically, in general. This position is consonant with the Group of key informants, when they say that evaluation has gradually lost ground and importance in the process of planning the activity.

About the Pedagogical Praxis

In this study, we investigated the utilization of Matrix Support as a pedagogical strategy of medical residency programs of a large, public, general hospital for the education of specialists.

According to the Group of key informants, the proposal aimed to enable the resident to have contact with the public health services of a specific health territory in order to foster a broad understanding of the SUS and of the complementariness of the work of different specialists, both from the hospital area and from Primary Care. Matrix Support, in this program, would enable the resident to recognize the value and importance of work shared among teams with different kinds of knowledge and levels of care, and to experience a type of healthcare that uses a broad conception of the health-disease process.

Castro²⁴ highlights one of the findings of an integrative review about Matrix Support: in addition to the provision of shared care, this strategy functions as a form of education, as professionals with distinct educational backgrounds expand the communication among them when they conduct cases in a shared way.

In this study, the residents appear in different ways. In the Participant Observation, they played many roles. Generally speaking, the leading role is played by the preceptor, who conducts the meeting and offers them opportunities to speak. We did not observe, in the residents, the posture of the individual who learns, who explores new possibilities of professional relationship and construction of care. When the residents speak, they do so from the place of the specialist, similarly to the preceptor's behavior. We observed that they focus more on the technical aspects of assistance, like protocols and flows, and less on aspects of the healthcare system, in their education process.

However, when the residents expressed themselves through the open questions of the questionnaire, they registered that Matrix Support is valuable for their education. They highlight that there is a joint learning of the professionals involved and that they develop capacities as they present the themes. Furthermore, they mention that the exchange of experiences with the professionals of the Primary Care Units enabled them to better understand the role of Primary Care in the care network

of the SUS, as well as the articulation of the local–regional care network, as it clearly defines the roles of these levels of care and of the specialists, both of Primary Care and of Hospital Care, together with the criteria that support them.

In addition, the residents mentioned, in the open questions, the lack of qualification of the Matrix Support trainers to play their role adequately in the didactic orientation of the residents and of the trained team.

The residents' participation, as well as the preceptors', is cordial, and they listen carefully to the issues raised by the professionals of the trained team. The process is an exchange of knowledge, but it occurs in a remarkably asymmetric way, as the hospital specialist's technical knowledge prevails. It is a relationship developed with the consent of the trained team. And, according to our perception, it is on this technical knowledge that the preceptors greatly rely to constitute their identity in this activity.

Many devices are used in the Matrix Support meetings. All the well-known, traditional devices were observed, such as the discussion of clinical cases, joint assistance, discussion of protocols, of the line of referred patients and of patients who are waiting to schedule an appointment in the specialty (pent-up demand of the Primary Care Units), as well as theoretical contributions about the most relevant diseases for Primary Care.

According to Campos and Domitti²³:

Matrix support always implies the construction of an integrated therapeutic project; however, the articulation between the reference team and the supporters can be developed in three fundamental levels:

- a) assistances and interventions performed jointly by the matrix specialist and some professionals of the reference team;
- b) in situations that demand specific attention to the supporter's knowledge nucleus, he/she can program to him/herself a series of assistances or specialized interventions, remaining in contact with the reference team, which would not abandon the case. On the contrary, it would try to redefine a pattern of follow-up that would be complementary to and compatible with

the care offered by the supporter directly to the patient, or to the family, or to the community;

c) in addition, it is possible that the support is restricted to a exchange of knowledge and instructions between the team and the supporter; dialogs about changes in the evaluation of the case and even reorientation of conducts that used to be adopted; however, the case would remain under the responsibility of the reference team²³. (p. 401)

One innovation was the utilization of the strategy of simulation through the discussion of fictitious patients. In the presence of the user, assistance was provided jointly. Another innovation was the fact that some meetings were held at the hospital's outpatient specialty clinic, and the team did not assist only patients from this level of care, but also patients coming from Primary Care, selected by the Units' teams.

A total of 9 (nine) users were present in 7 (seven) of the meetings. The importance of Matrix Support to qualify the care that is provided for the user is valued, as the referrals improved, the access to the specialties became easier, and comprehensive care was provided. Thus, the user is recognized as the center of the assistance, but he/she does not have an effective participation in the construction of his/her therapeutic project.

Another dimension that was identified was the recognition, by the Primary Care teams, that this program effectively offers new knowledge and, with this, a real qualification of assistance has occurred. The protocols and clinical guidelines that were presented included the main criteria to diagnose the discussed diseases, the adequate subsidiary tests to be requested, and the criteria to refer the patient to the specialist. There was no modification to the clinical guidelines that were presented; rather, there were explanations about the role of the primary care and hospital teams.

In some of the assistances, neither the users' voice as co-authors of their care nor the historical-cultural dimensions of their life exist. Their desires and choices are not considered. Neither the Matrix Support trainers nor the supported teams included these aspects. Care is discussed and planned by the professionals according to the logic of the best evidences dictated by specialized medical knowledge.

Final Remarks

Considering that the central objective of this study is to analyze the incorporation of co-management strategies – Matrix Support – and their repercussions on the management and healthcare practices in the SUS, the field was the Matrix Support of the Medical Residency Programs developed in the public health system.

Based on the analysis of the collected data, we highlight some aspects that we consider relevant because they produce reflections on the process and because of their potential for triggering changes in the Matrix Support that is jointly developed by the hospital and the health district where it is located.

Concerning the issue of Co-management, it is important to mention that the advance we observed is the inclusion of the district's institutional supporters and units' coordinators in the planning of the activity; however, the limit is the non-inclusion of the trained teams in this process. The reflex of this movement is the teams' manifestation that they desire to have greater participation.

Therefore, it is a process under construction. The advance is recognized, but there is also the challenge of including the teams in the spaces of analysis and deliberation. It has become clear that the subjects' reality and their practices should also be included.

Regarding the current modelling of the meetings, which is based on the pent-up demand for medical specialties and composes groups with representatives of different health units, the conclusion is that this design favors the exercise of a traditional clinic, as it remains centered on medical work and clinical reasoning. There is a focus on the user's pathological process of getting ill. The generalist, in the space of Matrix Support, frequently maintains the logic of the biomedical model. In some situations, this horizon is enlarged and incorporates elements from the extended clinic, meeting the expectation of the contribution of Matrix Support in this sense.

We observed that there is the recognition that this strategy has qualified assistance; however, it is a learning process that is centered on the role of the hospital

specialist, and a Traditional Clinic that views disease as the central object of care, along with its biological determinants, in predominantly prescriptive approaches. What attracted our attention was that the subjective and socio-cultural dimensions of living and getting ill are not included.

A valuable element was the identification of the production of innovations, such as the utilization of two new tools/devices in the operationalization of Matrix Support: the use of simulation, through the construction of fictitious cases with pathologies that are frequent in the specialty; and the patient's visit to the outpatient specialty clinic, so that the trained team could participate in the assistance.

Furthermore, this study triggered reflections on the Matrix Support practice and promoted the proposal of changes and recommendations in the organization of this activity.

The central recommendation is the return of the systematic evaluation of the process, including the training and trained teams, to provide feedback for the collective construction of Matrix Support and of networked care.

Another relevant issue is the possibility of revising the resident's inclusion in the process as a whole, so that Matrix Support is used to potentialize reflection on pedagogical practice, functioning as a device that qualifies education.

Beyond knowledge production, this study was determinant in the proposal of immediate adjustments in the organization and planning of the subsequent Matrix Support activities, taking into account the recommendations listed above.

Generally speaking, the different actors attributed positive meanings to Matrix Support at different moments, ranging from the improvement in relationships and the movement of integration between teams and services, to the effective qualification of care and education.

Collaborators

All the authors participated actively in the discussion of the results, in the revision and in the approval of the final version of the article.

References

1. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:983–95.
2. Furlan PG. Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
3. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio paideia e formação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
4. Figueiredo MD, Campos GWS. O apoio paidéia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18Supl1:931–43.
5. Cunha GT. Grupos Balint–Paideia: uma contribuição para a co–gestão e a clínica ampliada na atenção básica [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
6. Furlan PG, Amaral MA. O método de apoio institucional paideia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 15–33.
7. Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 5(5):2337–44.
11. Campos GWS. Um método para análise e co–gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Campinas. Secretaria municipal de saúde. Coordenadoria de informação e informática. População por faixa etária e sexo das áreas de abrangência dos cs e distritos de saúde, 2000–2016 (Internet). 2016 [citado 12 Abr 2016]. Disponível em: <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71–103.
16. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1990.

17. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Ed. Unicamp; 2011.
18. Onocko-Campos R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. 2011; 21(4):1269-86.
19. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 321-34.
20. Orofino M, Oliveira JM. Permita que te conte! Uma narrativa sobre as narrativas. In: Tempski P, Mayer FB. *Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados: humanização das práticas de ensino e de cuidado na saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
21. Ricoeur P. *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes; 2010. v. 1.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
23. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399- 407.
24. Castro CP. *Análise da estratégia de apoio matricial no SUS [tese]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Translated by Carolina Ventura

Experiência do ensino integrado ao serviço para formação em Saúde: percepção de alunos e egressos de Odontologia

Danielle Tupinambá Emmi^(a)
Daiane Maria Cavalcante da Silva^(b)
Regina Fátima Feio Barroso^(c)

Emmi DT, Silva DMC, Barroso RFF. Integrated teaching to service experience in Health professional education: perception of dentistry students and graduates. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):223-36.

This research aims to evaluate the importance of out-of-class experience in dentistry professional education through the perception of dentistry students and graduates who work in the Brazilian National Health System (SUS). Thirty-six portfolios constructed by students from 2009 to 2014 were selected to be analyzed in this study. Additionally, five graduates who work in the SUS were interviewed regarding the contribution of this experience for their performance in the SUS. Speech analysis of the interviews was carried out using a qualitative approach with thematic content analysis. The practices in health services were valued mainly for allowing the professionals to recognize the social reality and services with their shortcomings and difficulties. In conclusion, these experiences stimulate the education of more human, ethical and reflective professionals, that are aware and potentially modifiers of the health reality whenever it diverges from SUS principles.

Keywords: Dentistry Education.. Teaching care integration services. Brazilian National Health System. Qualitative research.

Esta pesquisa objetiva avaliar a importância do estágio extramuros na formação profissional em Odontologia, por meio da percepção de alunos e egressos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionados 36 portfólios, construídos pelos alunos em suas experiências extramurais, entre 2009 a 2014. Além da análise dos portfólios foram entrevistados cinco egressos que atuam no SUS, para responderem questionamentos relacionados à contribuição do estágio para atuação no SUS. Para análise dos discursos, utilizou-se abordagem qualitativa, com análise de conteúdo temático. Observou-se que as práticas de vivência nos serviços de saúde foram valorizadas por permitirem, sobretudo, reconhecer a realidade social e os serviços, com suas deficiências e dificuldades. Conclui-se que as experiências extramurais motivam a formação de profissionais mais humanos, éticos e reflexivos, tornando-os conhecedores e potenciais modificadores da realidade da saúde que não condiz aos princípios do SUS.

Palavras-chave: Educação em odontologia. Serviço de integração docente-assistencial. Sistema Único de Saúde. Pesquisa qualitativa.

^(a,b,c) Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará. Av. Augusto Corrêa, 01, Cidade Universitária José da Silveira Netto, Guamá. Belém, PA, Brasil. 66075-110. dtemmi@ufpa.br; daianemaria15@hotmail.com; rebar@ufpa.br

Introdução

A Resolução do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior (CNE/ CES) nº 3, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Odontologia, objetivando a formação geral e específica dos egressos com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde¹. Para essa formação, as DCN mencionam a importância da aproximação do profissional ao sistema de saúde vigente no país, baseando-se na atenção integral da saúde, em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, e no trabalho em equipe², ratificando a importância do aspecto ordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação de recursos humanos na área da Saúde, previsto no Art. 200, parágrafo 3º, da Constituição da República Federativa do Brasil³.

A relação entre a formação profissional e o sistema de saúde vigente foi objeto da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, quando foi ressaltada a importância da integração ensino-serviço⁴. As DCN para os cursos de Odontologia foram responsáveis, então, por singularizarem, contemporaneamente, a orientação das políticas educacionais no Brasil, alinhando-as ao nosso sistema público de saúde⁵. Elas preveem o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, ênfase nas diretrizes do SUS; e dispõem sobre o perfil do formando, egresso/profissional: formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, com compreensão da realidade social, cultural e econômica de seu meio, uma atuação dirigida para a transformação da realidade em benefício da sociedade, além de outras competências^{1,6}.

Nas graduações em Saúde, observa-se que as disciplinas, com enfoque antropológico e social, relegaram-se a um plano secundário pelas consequências da influência flexneriana, que privilegiou o biologicismo, tecnicismo, individualismo, mecanicismo e a formação voltada para a doença, em detrimento da saúde. Com isso, grande parte dos egressos de diferentes graduações em Saúde ainda chega ao campo de trabalho sem ter, claramente, não só o conceito, como, também, a forma de operacionalizar, na prática, a promoção de saúde⁷.

Além das DCN, as políticas públicas de fortalecimento da integração ensino-serviço e da reorientação da formação profissional, com incentivos acadêmicos e financeiros para as instituições de ensino superior, como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), fomentam a formação de grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar, assim como, a integração ensino-serviço-comunidade⁸. Essas ações propiciam a transformação nos currículos da área da Saúde, ressaltando a importância da incorporação de ambientes extramurais por meio dos estágios curriculares supervisionados.

As atividades extramurais possibilitam aos estudantes de Odontologia obterem o entendimento quanto aos fatores socioculturais que afetam a prestação de serviços à comunidade, bem como sobre o funcionamento dos serviços públicos de saúde. Neste contexto, oportunizam, aos alunos: conhecerem a realidade social e econômica de sua região; presenciarem todas as dimensões estruturais dos serviços públicos de saúde; participarem do atendimento à população; compreenderem as políticas de saúde bucal e as bases epidemiológicas do método clínico e de suas aplicações práticas nos programas de saúde bucal, bem como o conhecimento dos instrumentos de planejamento utilizados nos projetos e programas de saúde^{5,9}.

Para avaliação dessas novas concepções de vivência e aprendizagem, o portfólio destaca-se como método inovador na forma de ensinar, aprender e avaliar⁷. De acordo com Vieira¹⁰, o portfólio é um instrumento de estimulação do pensamento reflexivo, dando oportunidades ao aluno para documentar, registrar e estruturar a própria aprendizagem. Evidencia, ao mesmo tempo, tanto para o educando quanto para o educador, processos de autorreflexão, não só das dificuldades e desafios, como, também, das conquistas e aprendizagens¹¹.

Na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFPA), o portfólio foi adotado como estratégia de acompanhamento e avaliação do Estágio Extramuros desde 2009, na qual os alunos se utilizam de criatividade, criticidade, reflexão e subjetividade para exporem suas atividades de vivência dentro do SUS. Para Otrenti et al.¹², esta estratégia permite que o estudante se torne ético e

criativo, desenvolva sua habilidade de escrita e seja capaz de refletir sua própria rotina, características do profissional desejado pelo mercado de trabalho.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar: a importância do Estágio Extramuros na formação profissional em Odontologia, por meio da percepção dos alunos, registrada nos portfólios; e como a vivência do SUS influencia na atuação do profissional egresso da FO-UFPA, agora inserido no sistema público de saúde.

Métodos

De acordo com as proposições das DCN, a FO-UFPA apresenta, em sua matriz curricular, o Estágio Extramuros, que acontece como disciplina obrigatória, nos dois últimos semestres do curso, com carga horária de 68 horas/semestre, sendo o primeiro momento em que os alunos vivenciam as rotinas do SUS. Esse estágio permite, aos estudantes, conhecerem: a estrutura organizacional do sistema de saúde; a aplicabilidade dos conteúdos teóricos referentes ao SUS, vistos em semestres anteriores; planejamento de ações com atuação em equipes multiprofissionais da rede pública de saúde; realização de atividades educativas para a comunidade; visitas domiciliares; práticas de educação permanente com auxiliares e técnicos; atuação clínica; vivência das práticas de gestão, humanização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Tal disciplina visa contribuir na formação do cirurgião-dentista clínico geral, por meio de visitas às Unidades Básicas de Saúde, Estratégias Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas. As turmas possuem, em média, 25 alunos/ semestre, divididos em três grupos, de oito a dez alunos. Todas as tarefas são acompanhadas presencialmente pelos professores, ficando um em cada unidade de saúde preceptora. Os grupos ficam cerca de quatro semanas nas unidades de saúde, sendo obrigatória a experiência nos três locais de estágio.

O processo ensino-aprendizagem do Estágio Extramuros tem como modelo avaliativo a construção de portfólios. A cada ano, na disciplina, são construídos cerca de sessenta portfólios, que são estratégias de registros individuais dos discentes. Dentre esse universo, anualmente, os professores da disciplina destacam seis portfólios que apresentem no conjunto: elaboração criativa; descrições documentadas das atividades realizadas nas unidades de saúde visitadas; percepções, discursos críticos, reflexivos e expressão subjetiva; interpretação de acontecimentos e enfrentamentos, a partir de adequado embasamento científico sobre os princípios e diretrizes do SUS.

Para esta pesquisa, e visando analisar a vivência e percepção dos alunos acerca da experiência extramuros, foram analisados 36 portfólios que se destacaram de acordo com os critérios citados anteriormente, entre os anos de 2009 a 2014. Os portfólios foram numerados aleatoriamente, procedendo-se a exaustivas leituras para identificação dos discursos e conteúdos mais significativos entre os relatos da vivência dos estudantes no SUS.

Após a análise dos portfólios, partiu-se para aplicação de uma entrevista estruturada com os egressos da FO-UFPA. Para esta etapa, o requisito necessário foi ser cirurgião-dentista, e estar inserido no sistema público de saúde, por um período mínimo de seis meses. Foram identificados, entre os autores dos portfólios, 08 egressos que correspondiam a este requisito, atuando em unidades de atenção básica no Estado do Pará. Estes egressos foram contactados via email e receberam as explicações necessárias sobre os objetivos do estudo. Após esse primeiro contato, foram encaminhados, via correio eletrônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o roteiro de entrevista, com perguntas abertas sobre: I) importância do Estágio Extramuros para a formação profissional; II) como o portfólio, enquanto instrumento crítico, contribuiu para a reflexão do SUS; e III) de que forma o estágio contribuiu para o desempenho no sistema de saúde. O roteiro de entrevista deveria ser completamente respondido, e devolvido, juntamente com o TCLE assinado, para o endereço eletrônico das pesquisadoras. Após a devolução de todos os roteiros de entrevista, procedeu-se à análise, tomando-se, como base, o eixo condutor das perguntas, no que se refere à importância e contribuição do estágio para a concepção e atuação no SUS.

Para análise dos portfólios e das entrevistas com os egressos, foi utilizado o método qualitativo, que tem como fundamentação a possibilidade de se trabalhar com o universo de significados, aspirações,

crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹³.

Os relatos dos portfólios foram examinados utilizando-se a análise de conteúdo temático, cujos discursos e conteúdos mais significativos foram classificados e categorizados¹⁴ em eixos de acordo com os temas mais emergentes nos relatos: humanização no atendimento e qualidade da assistência prestada; gestão; percepção e contribuição do estágio.

Para a realização desse estudo, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

Resultados e discussão

Existe, na literatura, uma escassez de estudos qualitativos relacionados à vivência ou percepção de graduandos ou egressos sobre as experiências proporcionadas pelos estágios extramurais de Odontologia. Contudo, esta avaliação faz-se importante porque permite identificar o ponto de vista dos alunos sobre as experiências vivenciadas e sua respectiva argumentação, com o potencial de revelar aspectos que não são presumidos na utilização de instrumentos do tipo questionários fechados¹⁵.

Humanização no atendimento e qualidade da assistência prestada

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais¹⁶. Assim, para se pôr em prática a humanização da saúde, são necessárias condições estruturais adequadas que viabilizem o processo de trabalho para uma assistência resolutiva. Muitas unidades de saúde apresentam espaços físicos improvisados e inadequados, falta de condições técnicas e carência de materiais, afetando negativamente a recepção dos usuários, interferindo na qualidade dos atendimentos, e, muitas vezes, impedindo ou impossibilitando a realização dos procedimentos¹⁷. Os portfólios analisados apresentaram claros relatos da fragilidade da humanização nas unidades de saúde visitadas, no que diz respeito aos aspectos de ambiência, estrutura física e na forma de produzir e prestar serviços à população.

“[...] ambiente mal conservado, alguns corredores apertados, mal sinalizados e com pouca ventilação, bebedouros e escovódromo quebrados [...]” (Port.16)

“[...] equipamentos sucateados, sem manutenção e os profissionais trabalham como podem [...]” (Port.12)

“[...] o local não conta com bancos de espera para os usuários, nem lixeiros [...]” (Port.17)

“[...] o local apresenta fortes problemas físicos, estruturais [...]” (Port.18)

As práticas humanizadoras também devem focar as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde e suas injustas consequências – as filas de espera –, necessitando, para isso, da ampliação dos mecanismos de informação, assim como o incentivo a estratégias de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários em todos os níveis de atenção do sistema de saúde¹⁸.

“[...] dificuldades que enfrentam para conseguirem atendimento, como enfrentar longas filas de espera, e retornos que geralmente demoram meses [...]” (Port.08)

“[...] as pessoas vão de madrugada pegar ficha [...]” (Port.15)

Para humanização do atendimento, também é fundamental que as interações interpessoais sejam baseadas em uma escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do outro, estando relacionadas a atitudes e postura ética de todos que trabalham naquele ambiente.

“[...] Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome ou ter um sorriso nos lábios, mas também compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente [...]” (Port. 21)

Neste enfoque, humanizar refere-se à possibilidade de transformação das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, nas relações entre usuários e profissionais, trabalhadores e gestores do SUS, assumindo uma postura ética de respeito. De acordo com Santos-Filho¹⁹ há a necessidade de criação de vínculos efetivos entre usuários e profissionais, proporcionando a responsabilização do profissional, assim como a promoção do acolhimento do usuário em tempo compatível com a gravidade do seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para o atendimento. É preciso assegurar atenção integral à população e estruturar estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. O usuário deve ser visto não apenas como um consumidor de serviços de saúde, mas como um sujeito que necessita da oferta de serviços com qualidade e prestados por profissionais comprometidos^{18,20}.

“[...] apesar dos problemas enfrentados, como falta de material e segurança, notou-se que os dentistas procuram oferecer um tratamento de qualidade e humanizado [...]” (Port.16)

“[...] existe uma grande dedicação dos profissionais e compromisso em realizar tratamento de qualidade para todos [...]” (Port.04)

“[...] o profissional fez tudo de maneira correta, o tratamento necessário, sem quebrar a biossegurança, além de instruir mãe e paciente, sem ser intolerante ou impaciente [...]” (Port.12)

Sendo assim, para humanizar a atenção à saúde, é necessário o cuidado prestado de forma sensível, solidária, responsável, interessada e compromissada em oferecer um atendimento de qualidade e equânime, mesmo diante das adversidades e dificuldades estruturais existentes.

Gestão

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de aperfeiçoar o funcionamento das organizações, de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Para isso, o gestor deve se utilizar de conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitam conduzir o funcionamento dos serviços em direção a objetivos definidos, apresentando sensibilidade e disponibilidade para negociar e resolver os problemas que lhe são apresentados, a fim de manter o funcionamento ou melhorar os níveis de eficiência e eficácia dos serviços. Neste enfoque, a gestão dos serviços de saúde deve levar em consideração tanto questões internas – organização e funcionamento do serviço – quanto questões externas – o seu papel no sistema de saúde e o impacto na saúde da população^{21,22}. Durante o estágio, os alunos conseguiram perceber claramente a importância do papel da gestão para adequação e funcionamento do sistema de saúde local.

“[...] aprendi que o SUS não é sinônimo de fila, profissional não é sinônimo de atendimento e que gestão é o principal fator para fazer o serviço funcionar [...]” (Port. 07)

“O CEO por administração competente consegue contornar seus problemas [...] mas há unidade que tem material disponível, só que os profissionais não são comprometidos, o que reflete diretamente na *cara* do serviço [...]” (Port. 27)

A atuação do gestor do SUS deve ser exercida de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. O gestor precisa estar preparado para desempenhar seu papel, de forma a contribuir para um sistema de saúde universal, equânime, descentralizado, baseado no controle social e participação popular. É visto nos relatos dos portfólios que, apesar de muitos problemas enfrentados nas unidades de saúde visitadas – relacionados, sobretudo, à estrutura deficiente, à falta de materiais e à falta de compromisso dos profissionais –, existe acomodação popular, com pouca participação dos trabalhadores no processo construtivo de melhora da saúde. Cunha e Megajewski²³ mencionam que, apesar dos avanços no exercício do controle social e de uma gestão participativa, ainda é pequena a participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários no dia a dia da gestão dos serviços de saúde.

“[...] os usuários reclamam que não há medicamentos, mas acabam comprando numa farmácia particular [...]” (Port.01)

“Falta instrumental, material, não há valorização do profissional [...] a gestão é exigente, mas não dá retorno aos profissionais quanto as suas cobranças [...]” (Port.35)

“[...] não há fiscalização, funcionários sem vontade de trabalhar e de mudar a realidade, brigas políticas infundadas e acomodação popular.” (Port. 21)

Segundo Matos e Pires²⁴, construir novas formas de gestão na área da saúde – fundamentadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares, nas quais trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos –, ainda permanece como desafio. A ampliação dos espaços de participação social e dos trabalhadores na gestão do sistema é fundamental, e orienta a efetivação de mudanças na direção de um sistema de saúde inclusivo, acolhedor, integral, resolutivo e, sobretudo, democrático²³.

Muitos relatos dos portfólios evidenciaram que a organização e o compromisso da gestão e a participação ativa dos trabalhadores em saúde são fundamentais para contornar os problemas enfrentados nas unidades, visando ofertar um atendimento de qualidade e transformar os princípios e diretrizes do SUS em realidade.

“[...] todo esse sistema (o SUS) depende de gestão para funcionar e da boa vontade dos gestores e trabalhadores [...] onde tem pessoas querendo que funcione, nem que seja com a quase ausência de recursos, a coisa anda.” (Port.11)

“[...] O grande diferencial no SUS e em qualquer outra instituição é a gestão [...] quando a gestão é boa, o serviço é bom [...] a gestão faz a diferença para superar os problemas.” (Port. 23)

Estudo conduzido por Lorenzetti et al.²⁵ ressaltou que faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS, sobretudo devido à frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como à descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área. Além disso, a alta rotatividade dos gestores no setor público, em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gera: descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores. A visão global do gestor e a perfeita consonância com as políticas públicas de saúde, com capacidade gerencial em modelos diferentes do tradicional, são grandes diferenciais para a proposição de serviço à comunidade de forma inclusiva, resolutiva e integral.

Percepção e contribuição do Estágio Extramuros

Os estágios dos cursos de graduação visam reorientar o processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população, com abordagem humanística e integral do processo saúde-doença, além de oportunizarem o entendimento sobre o funcionamento dos serviços públicos de saúde e de sua estrutura organizacional, administrativa, gerencial e funcional^{19,26}.

De acordo com as narrativas nos portfólios, os alunos reconhecem a importância deste momento de vivência para seu aprendizado, mostrando a relevância da integração ensino-serviço para o processo de formação profissional.

"[...] pudemos conhecer melhor o serviço público e os programas a ele aplicados [...]" (Port.16)

"[...] conhecemos não apenas estrutura e organização do SUS, e sim as grandes dificuldades [...]" (Port.04)

"[...] senti-me com uma visão mais abrangente acerca da saúde pública do Brasil e os fatores a ela relacionados [...]" (Port.07)

Segundo Caldas et al.²⁷, os alunos inseridos em atividades voltadas para a atenção primária à saúde, além de vivenciarem o cotidiano dos profissionais, conhecem a realidade social na qual se inserem as famílias assistidas pelo serviço, permitindo, aos estudantes, interação ativa com a população e com os profissionais. Isso permite o reconhecimento das reais dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde no processo de trabalho, fomentando a reflexão para atuação no serviço.

"[...] essas dificuldades no atendimento são extremamente importantes para que nós, alunos, reconheçamos a realidade do SUS e nos identifiquemos ou não com o serviço público [...]" (Port.08)

"[...] pudemos observar como funciona uma Unidade Básica de Saúde, devendo esta apresentar o máximo de resolubilidade na atenção primária [...]" (Port.15)

"[...] o extramuros é uma boa oportunidade para conhecermos melhor a realidade que nos espera lá fora [...]" (Port.02)

"[...] vivenciar um pouquinho da realidade desses locais tão diferentes foi um grande aprendizado [...]" (Port. 22)

Estudo realizado com alunos de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em estágio curricular nos serviços de atenção primária do SUS, identificou a relevância do estágio na formação do cirurgião-dentista por meio: do estabelecimento de vínculos, autonomia para resolução dos problemas e trabalho em equipe multiprofissional²⁸.

Apesar da importância da interação multiprofissional requerida nas equipes de saúde da família, ainda existem no sistema, e são identificados e criticados nos relatos dos portfólios, profissionais que atuam centrados em um modelo assistencialista, tecnicista, sem planejamento prévio e baseado na demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário por completo.

"[...] os profissionais trabalham de maneira individual não observando a unidade em que estão inseridos, executando uma saúde muito mais interceptiva do que preventiva [...]" (Port.20)

Para Feuerwerker²⁹, transformar a formação profissional exige mudanças profundas que implicam alterações não apenas de concepções e práticas, mas, também, de relações de poder nas universidades, nos serviços de saúde e no campo das políticas.

Pesquisa realizada por Moraes et al.³⁰, com base nas vivências proporcionadas pelos estágios extramurais, ressalta a contribuição efetiva dos estágios na formação acadêmica, pois estes favorecem a formação de um novo perfil de profissionais de saúde, mais qualificados, confiantes e preocupados com suas responsabilidades sociais. Essa percepção é confirmada nas narrativas obtidas nos portfólios, pois é no ambiente externo que o papel social do estudante é transformado, quando ele se coloca frente aos desafios da população³¹.

"[...] o Extramuros proporciona a formação de profissionais mais comprometidos com a saúde pública, críticos e que realmente coloquem em prática os princípios do SUS [...]" (Port.08)

"[...] pude acrescentar um conhecimento que somente com a prática e vivência pode-se ter tal dimensão [...]" (Port.07)

"[...] foi uma experiência fundamental para o meu crescimento e amadurecimento pessoal e profissional [...]" (Port.11)

Os estágios extramuros contribuem para que os estudantes possam vivenciar, na prática, o funcionamento do sistema público de saúde, oportunizando-os de sentir as fragilidades do sistema com suas iniquidades, e visualizar um processo de trabalho, muitas vezes, sem planejamento e avaliação. Essa realidade impulsiona os graduandos à reflexão, buscando serem profissionais mais humanos e potenciais modificadores da realidade encontrada. Todavia, Leme et al.¹⁵ mencionam que as experiências extramurais, em muitas instituições, ainda apresentam fragilidades, pois mostram isolamento curricular e desinteresse por parte do corpo docente não pertencente à área de Saúde Coletiva, condicionando, a disciplina, a pequena carga horária e favorecendo a hegemonia da formação intramuros. Na FO-UFPA, a experiência extramural é realizada nos dois últimos semestres do curso, sendo conduzida por docentes de Saúde Coletiva. Os demais docentes do curso ainda são resistentes à integração ensino-serviço ou a outras ações que os façam sair dos muros da Universidade. A consequência da resistência se traduz em uma constante interpelação acerca da carga horária destinada a conteúdos da Saúde Coletiva, que consideram excessiva para a formação de um dentista. Essa atitude denota o domínio da formação tecnicista e individualista, que vai de encontro às diretrizes curriculares da Odontologia.

Percepção dos egressos acerca da contribuição do Estágio Extramuros para atuação no SUS

Foram selecionados oito egressos (Egr.), graduandos entre os anos de 2009 a 2014 da FO-UFPA, para serem entrevistados acerca da contribuição do Estágio Extramuros para sua atuação no SUS. Destes, obteve-se retorno da entrevista, dentro do período estabelecido, de apenas cinco egressos. Percebeu-se que quatro dos entrevistados trabalhavam em municípios do interior do Estado, e apenas um trabalhava na região metropolitana. Todos os entrevistados trabalhavam na atenção básica de saúde, com atuação média de dois anos.

Ao serem indagados sobre a importância do Estágio Extramuros para sua formação e atuação profissional, ressaltaram o engrandecimento profissional por meio da vivência nas unidades de saúde visitadas, o que possibilitou tornarem-se profissionais com comportamentos mais humanizados e comprometidos com a saúde de seus pacientes.

"[...] o estágio extramuros possibilitou não só a ampliação de conhecimentos teóricos vistos na faculdade, como também possibilitou uma percepção do cotidiano do funcionamento do SUS [...]" (Egr.03)

"[...] mudanças que me deram percepção desde a forma de abordagem e acolhimento com carinho do paciente, a modificação do ambiente de trabalho para que seja o mais acolhedor e confortável possível, a humanização no tratamento [...]" (Egr.04)

Segundo Badan et al.³², além do aprendizado, os estágios extramurais permitem, ao estudante, praticar o exercício de cidadania, possibilitando a construção de um profissional mais humano. Essa atuação humanizada é um desejo ressaltado pelos estudantes nos portfólios, quando da sua atuação profissional no SUS, e colocada em prática pelo egresso.

“As visitas fizeram brotar em mim uma vontade de fazer melhor, de tentar ser uma profissional que realmente faça diferença na vida de seus pacientes [...]” (Port. 11)

“[...] o estágio me ajudou a buscar melhores formas de acolher meus pacientes [...]” (Egr.01)

Badan et al.³² apontou uma enorme valorização da atividade Extramuros entre egressos formados pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, pois 91,7% destes consideram válidas essas atividades; registrando-se, também, o desejo, entre os participantes, de terem aproveitado mais as práticas extramurais.

Apesar disso, essa não é a opinião inicial do discente. O eixo da Saúde Coletiva que contempla o Estágio Extramural não é visto como uma atividade benquista pelo estudante. Toassi et al.²⁸ mencionam que o início do período de ensino-serviço na atenção primária à saúde é marcado por apreensão dos estudantes, devido a não saberem quais desafios e situações poderão enfrentar.

“[...] ao início do semestre não entendia o porquê dessa disciplina, nem via vantagem em fazê-la [...] grande erro!” (Port. 28)

Embora as DCN norteiem a construção dos projetos pedagógicos dos cursos, a formação odontológica tecnicista e voltada para as demandas do mercado, ainda é uma questão recorrente.

Quanto às dificuldades encontradas pelos egressos atuantes no SUS, fatores comuns são destacados como entraves no processo de trabalho para a atuação em um sistema de saúde justo, mais humano e resolutivo.

“[...] as maiores dificuldades encontradas no SUS referem-se à falta de material e incentivo por parte dos gestores em projetos que são necessários [...]” (Egr.04)

“A maior dificuldade que os profissionais da saúde possuem é a falta de estrutura [...] Não tinha atendimento odontológico há muito tempo devido à carência de material e estrutura [...]” (Egr.02)

O processo de trabalho em Odontologia ainda é muito prejudicado pela gestão. Serviços com estrutura precária e falta de materiais colocam em risco todo o processo de trabalho, causando desestímulo nos profissionais que atuam no serviço, além de comprometerem a prestação de cuidados à população. Segundo Rocha et al.³³, as fragilidades de infraestrutura contribuem para a desumanização do trabalho e da atenção.

Ao ser analisada a contribuição do método de registro e acompanhamento do Estágio Extramuros – o portfólio – para reflexão do SUS, os egressos ressaltaram sua importância para a formação profissional, em virtude de potencializar a construção do conhecimento de forma subjetiva, crítica e reflexiva.

“[...] o portfólio acrescenta muito porque temos a necessidade de escrever todas as nossas observações e considerações. É um momento importante para sentarmos e refletirmos sobre tudo o que aprendemos com aquela situação [...]” (Egr.02)

“[...] o portfólio foi uma oportunidade para o desenvolvimento da minha capacidade crítica, reflexiva e criativa, permitindo-me pontuar de forma positiva e negativa o SUS [...] além de ampliar meus conhecimentos [...]” (Egr.03)

Pode-se entender o portfólio como instrumento facilitador para a construção e reconstrução do processo ensino-aprendizagem, pois permite que o aluno reflita sobre a realidade local, identificando os problemas e analisando-os criticamente. Esse processo estimula o questionamento, discussão, suposição, proposição, análise e reflexão, fazendo com que os alunos aprendam cada vez mais, sendo

participantes ativos do processo de aprendizagem³⁴. Assim, a reflexão proporcionada pela construção do portfólio pode ser utilizada como um instrumento de aprendizagem e mudança na formação profissional³⁵.

Os egressos, quando questionados sobre em que aspectos a vivência do Estágio Extramuros influencia decisões e comportamentos diferenciados na atuação do trabalho no SUS, afirmaram ter alcançado um amadurecimento profissional, por meio de situações vividas, tornando-se profissionais comprometidos com o sistema, ao privilegiarem a saúde ao invés da doença, mais sensíveis às necessidades dos usuários e a necessidade de uma saúde mais humanizada.

“[...] Diante da falta de estrutura adequada, as situações que vivenciei me impulsionaram a ser uma profissional preventivista [...] estabelecer estratégias para promoção da saúde sem estar ligada a uma estrutura ou equipamentos, defensora do SUS, generalista e corajosa em relação aos desafios diários, buscando alternativas criativas para resolver os problemas [...].” (Egr.03)

Segundo Badan et al.,³² os espaços de realização de estágios supervisionados têm constituído um lugar privilegiado para reflexão acerca de possíveis transformações na forma de se oferecer saúde, na medida em que, em contato com a realidade, os professores, alunos e profissionais de saúde dos serviços locais podem ser despertados para a necessidade de (re)pensarem, de forma integrada e contextualizada, a melhor forma de promoverem a saúde no nível local. Essas transformações na forma de oferecer saúde, evidenciadas pelos egressos e advindas das experiências extramurais, são ressaltadas pelos estudantes, nos portfólios, como desejo de prática no SUS, para melhorar a qualidade de atenção à saúde.

“[...] vi que muitas coisas não funcionavam não somente por causa do sistema, mas também por parte do próprio profissional [...] isso me estimulou ainda mais em poder fazer diferente e proporcionar algo melhor para o paciente [...].” (Egr.02)

“[...] entender o funcionamento e perceber as dificuldades do SUS é fundamental para que possamos melhorar cada vez mais a qualidade do serviço prestado à comunidade [...].” (Port.04)

De acordo com os discursos dos egressos, o estágio contribuiu para a formação da identidade profissional para desempenho no SUS. Isso é resultado do conhecimento construído baseado no contato com a realidade, propiciando compreensão e contextualização das principais dificuldades e iniquidades do sistema, impulsionando-os ao desejo de transformação.

“[...] o estágio contribuiu porque pude perceber o tipo de profissional que eu poderia ser e também o que eu não gostaria de ser. Vi exemplos de profissionais que fazem a diferença e de outros que nem tanto [...] isso foi bom para ajudar na formação da minha identidade profissional [...].” (Egr.03)

“[...] o estágio possibilitou-me ter uma visão geral do Sistema, entendendo quais as principais queixas, dessa forma ficou mais fácil solucionar dilemas e fazer com que o Sistema funcione [...] todo aquele panorama despertou-me a vontade de ajudar o próximo, através do meu trabalho [...].” (Egr. 05)

As vivências extramurais permitem, aos estudantes, gerarem, de forma crítica e reflexiva, a identidade de um profissional ético e humanista, que pode contribuir para a melhoria do acesso e cidadania, e que deve concentrar suas atividades não apenas em procedimentos técnicos, mas, também, procurar refletir e atuar considerando a importância da responsabilização com os agravos de saúde e problemas do usuário. Essa formação assume importância primordial, sobretudo quando se observa que essas características estão evidenciadas como parte do perfil do egresso, apontadas nas

DCN. As práticas extramuros contribuem para: o desenvolvimento de competências e habilidades, aquisição de conhecimentos, melhor relacionamento interpessoal entre as equipes de saúde e ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença.

Conclusão

Neste estudo, evidenciou-se a valorização das práticas extramuros tanto por alunos, por meio dos registros nos portfólios, quanto por egressos atuantes no SUS. Os registros nos portfólios mostraram, de maneira crítica, as dificuldades e deficiências do SUS vivenciadas nas unidades de saúde visitadas. Contudo, as experiências de aprendizagem vivenciadas garantiram maior relevância às atividades extramurais, sendo estas consideradas etapas importantes e imprescindíveis para a formação pessoal e profissional do cirurgião dentista, visto que permitiram, aos estudantes, tornarem-se conhecedores e potenciais modificadores da realidade experienciada.

Assim, o contato do aluno de graduação junto à realidade dos serviços de saúde, saindo dos espaços da universidade, apresenta-se como uma importante atividade oferecida pelos cursos de Odontologia na preparação do futuro cirurgião-dentista, uma vez que: oportuniza a aquisição de competências e habilidades para atuação no SUS, aprendizado no método clínico e de gestão, e estimula a capacidade crítica para mudanças, motivando a formação de profissionais mais humanos, éticos e mais sensíveis à realidade.

Colaboradores

Emmi DT, Silva DMC, Barroso RFF trabalharam, igualmente, em todas as fases de concepção deste artigo, participando ativamente da análise e discussão de dados, escrita, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União. 4 Mar 2002.
2. Silva BS, Caldarelli PG. O PET-Saúde em consonância com as diretrizes curriculares nacionais de odontologia no desenvolvimento de competências profissionais. Relato de experiência. Rev ABENO. 2013; 13(2):34-41.
3. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.
4. Fundação Oswaldo Cruz. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. Rev ABENO. 2004; 4(1):14-6.

6. Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. São Paulo: Napoleão Editora; 2009. p. 111-30.
7. Oliveira FGVC, Carvalho MAP, Garcia MRG, Oliveira SS. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):201-9.
8. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 Mar 2010.
9. Segura MEC, Soares MS, Jorge W. A. Programas extramuros nas instituições de ensino de odontologia na América Latina e nos Estados Unidos da América: contribuição ao estudo. *Educ Med Salud*. 1995; 29(2):218-27.
10. Vieira VMO. Portfólio: uma proposta de avaliação como reconstrução do processo de aprendizagem. *Psicol Esc Educ*. 2002; 6(2):149-53.
11. Chun R, Bahia M. Mudanças na formação em saúde: o portfólio como prática inovadora na graduação em fonoaudiologia. *Disturb Comum*. 2009; 21(3):339-49.
12. Otrenti E, Jodas DA, Silva LG, Aguilera TKC, Vannuchi MTO. Portfólio reflexivo como método de avaliação na residência de gerência de serviços de enfermagem. *Semina Cienc Biol Saude*. 2011; 32(1):41-6.
13. Minayo MCS. O conceito de representação social na sociologia clássica. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 89-111.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Leme PAT, Pereira AC, Meneguim MC, Mialhe FL. Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(4):1255-65.
16. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(1):105-11.
17. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):439-44.
18. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):30-5.
19. 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.
20. Amarante DS, Cerqueira MA, Castelar M. Humanização da saúde pública no Brasil. *Rev Psicol Diversid Saude*. 2014; 2(1):68-73.
21. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(4):821-8.
22. Silva MAA, Rodrigues VZC. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): visão do gestor relacionada ao preparo para a função. *Rev Eletr Gest Saude*. 2013; 4(3):843-60.
23. Cunha PF, Megajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saude Soc*. 2012; 21 Supl 1:71-9.

24. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(3):508-14.
25. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(2):417-25.
26. Cavalcanti YW, Lucena EHG, Wanzeler MC, Padilha WWN. Qualificando uma estratégia formadora: a proposta dos estágios da graduação em odontologia da UFPB. *RevICO.* 2008; 6 Supl 1:1-8.
27. Caldas JB, Lopes ACS, Mendonça RD, Figueiredo A, Lonts JGA, Ferreira EF, et al. A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(2):33-41.
28. Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM, Rossoni E, Rosa AR, Slavutzky SMB. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(45):385-92.
29. Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO.* 2003; 3(1):24-7.
30. Morais 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.
31. Werneck MAF, Senna MIB, Drummond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(1):221-31.
32. Badan DEC, Marcelo VC, Rocha DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(1):1811-8.
33. Rocha ACD, Sousa CPC, Queiroz D, Pedraza DF. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *Rev Adm Saude.* 2012; 14(54):71-9.
34. Frota MMA, Menezes LMB, Alencar CH, Jorge LS, Almeida MEL. O portfólio como estratégia facilitadora do processo de ensino-aprendizagem para a formação em odontologia. Adequação de metodologias de ensino utilizando o ambiente virtual de aprendizagem. *Rev ABENO.* 2011; 11(1):23-8.
35. Krozeta K, Meier MJ, Danski MR. A auto-avaliação: uma possibilidade de mudança na formação profissional. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(4):612-5.

Emmi DT, Silva DMC, Barroso RFF. Experiencia de la enseñanza integrada al servicio para formación en Salud: percepción de alumnos y egresados de Odontología. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):223-36.

El objetivo de este estudio es evaluar la importancia de la pasantía extramuros en la formación profesional de Odontología, por medio de la percepción de alumnos y egresados que actúan en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Se seleccionaron 36 portfolios, elaborados por los alumnos en sus experiencias extramurales, en el período de 2009 a 2014. Además del análisis de las carteras fueron entrevistados cinco egresados que actúan en el SUS, para que respondieran a cuestionamientos relacionados a la contribución de la pasantía para la actuación en el SUS. Para análisis de los discursos, se utilizó un abordaje cualitativo con análisis de contenido temático. Se observó que se valorizaron las prácticas de vivencia en los servicios de salud por permitir, principalmente, el reconocimiento de la realidad social y de los servicios con sus deficiencias y dificultades. Se concluye que las experiencias extramurales motivan la formación de profesionales más humanos, éticos y reflexivos, haciéndolos conocedores y potenciales modificadores de la realidad de la salud que no está en acuerdo con los principios del SUS.

Palabras clave: Educación en Odontología. Servicio de integración docente-asistencia. Sistema Brasileño de Salud. Estudio cualitativo.

Submetido em 12/07/16. Aprovado em 01/02/17.

Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS):

criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes*

Maristela Schiabel Adler^(a)
Dante Marcello Claramonte Gallian^(b)

Adler MS, Gallian DMC. Medical school and Brazilian National Health System (SUS): implantation of the Federal University of Sao Carlos (UFSCar) medical school from the perspective of teachers and students. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):237-49.

The Federal University of Sao Carlos (UFSCar) launched in 2006 the UFSCar Medical School, with constructivist, competency curriculum and practice based learning, interweaved in the SUS structure. The objective of the present study is to analyze the perceptions of teachers and students from the first group of graduates about their experience using the methodology called Life Oral History. Despite reports of infrastructure deficiencies, the narratives suggest that the curriculum favored the development of competencies such as search capability, critical and reflective thinking and self-managed learning. The fact of having practice integrated into the SUS, especially within the Family Health Units, improved intellectual, relational and affective dimensions of patient care, favoring professional autonomy.

Keywords: Undergraduate medical course. Competency-based education. Problem-based learning. Brazilian National Health System.

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) implantou seu curso de Medicina em 2006, com currículo baseado em competências e aprendizado prático integrado ao SUS. O objetivo deste trabalho é apresentar uma pesquisa com docentes e graduandos da Primeira Turma da Medicina-UFSCar, realizada por meio da metodologia da História Oral de Vida. As narrativas indicam que o currículo favoreceu o desenvolvimento de competências como: capacidade de busca, pensamento crítico-reflexivo e autogerenciamento do aprendizado, apesar de relatos sobre deficiências em infraestrutura. A prática integrada ao SUS, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, aprimorou as dimensões intelectivas, relacionais e afetivas do cuidado, favorecendo a autonomia profissional.

Palavras-chave: Ensino de graduação em medicina. Educação baseada em competências. Aprendizagem baseada em problemas. Sistema Único de Saúde.

* Recorte elaborado de tese de doutorado da autora principal¹ com orientação do segundo autor.

^(a) Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rod. Washington Luis, Km 235, SP310. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. madler@uol.com.br

^(b) Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeHFI), Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. dante.cehfi@epm.br

Introdução

Propostas contemporâneas de modelos curriculares para o cuidado em saúde incentivaram mudanças, oficializadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)² da graduação em Medicina, que privilegiaram uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, capaz de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, visando a uma assistência integral ao ser humano, com responsabilidade social.

Currículos estruturados no *Problem-Based Learning* (PBL) introduziram o estudo de Situações-Problema como núcleo do ensino da Medicina nas Faculdades de Medicina de Marília (FAMEMA) e de Londrina (UEL)³⁻⁵.

A escola de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em sua reforma curricular de 2003, optou por um modelo curricular com estrutura modular, sob eixo didático-pedagógico de orientação construtivista, integrando o ciclo básico ao profissionalizante⁶. Já a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo reformulou seu currículo, aproximando-o das DCN e do SUS, mantendo sua metodologia de ensino tradicional⁷.

Em busca de novos caminhos para o ensino médico, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) inaugurou em 2006 sua graduação, cujo Projeto Político Pedagógico (PPP) fundamentou-se em três pressupostos: currículo orientado por competência, abordagem educacional construtivista e integração teoria-prática voltada para o SUS⁸.

Em um estudo proposto como tese de doutorado¹, foi apresentada a trajetória de construção da Medicina-UFSCar sob a perspectiva de nove docentes e oito estudantes que participaram do processo entre os anos de 2006 e 2011. Desse modo, o objetivo deste artigo é o de apresentar e discutir os temas mais relevantes que emergiram nas narrativas dos participantes do estudo.

Metodologia

A metodologia utilizada no estudo foi a História Oral de Vida (H.O.), abordagem qualitativa que se fundamenta na apreensão de narrativas de experiências de um grupo sobre determinados aspectos de suas vidas. É uma forma específica de abordar a realidade, recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente, e facilitar o conhecimento do meio proposto no estudo que permite ampla compreensão do individual e do coletivo em determinado ponto da história⁹⁻¹¹.

A H.O. foi realizada com a participação individual de nove docentes e oito formandos, ingressantes na Medicina-UFSCar no ano de 2006. Tal metodologia foi escolhida por propiciar o acesso à dimensão das experiências dos sujeitos envolvidos no processo. Os colaboradores do estudo foram designados por nomes fictícios para preservar suas identidades.

Para a análise das narrativas, foi utilizado o método de imersão/cristalização^{12,13}, a abordagem analítica de caráter fenomenológico¹⁴ e o processo analítico hermenêutico^{15,16}, que teve como finalidade buscar, nos fenômenos descritos, significados das percepções dos entrevistados sobre suas experiências vividas e suas relações com o mundo no qual foram inseridos.

Resultados e discussão

O início da Escola

A UFSCar planejou sua formação médica com base nas DCN de 2001², cujo currículo contemplou: a formação por competências, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e a parceria entre a Universidade e a Rede de Saúde Municipal, integrando alunos, docentes e preceptores do SUS, de primeiro a sexto ano.

“O Curso da UFSCar nasce diferente, já nasce numa parceria” (Professor Jorge).

O PPP da Medicina-UFSCar propôs mudanças de paradigmas estabelecidos, como: a extinção de aulas expositivas e a formação profissional por competências sob uma visão ampliada, humanizada, ética, social e articulada com equipes interdisciplinares^{2,8}.

Também propôs mudanças na concepção de cuidado em saúde, com o paciente no centro das ações¹⁷⁻¹⁹. A integralidade do cuidado foi definida como eixo central das atividades curriculares, visando a uma formação generalista, com foco na prevenção e promoção à saúde e participação ativa na gestão, com enfoque no SUS⁸.

Segundo a professora Júlia, “a estrutura não tinha sido bem preparada para a recepção do Curso”, o que resultou na capacitação e construção das atividades pedagógicas simultaneamente à realização do Curso.

“Esse início foi muito complicado e, ao mesmo tempo, um aprender fazendo, também difícil porque não havia mais tempo para discutirmos. Tínhamos alunos”. (professor Mário)

O reduzido tempo para capacitação^{20,21}, no entender dos colaboradores, prejudicou o Curso nos primeiros anos, o que, somado à falta de uma Matriz Curricular, resultou em instabilidades na aprendizagem. Porém, após o primeiro impacto, professores e estudantes se identificaram com as atividades didáticas, que permitiram o desenvolvimento do processo crítico-reflexivo e de habilidades cognitivas, afetivas e relacionais^{22,23}.

Ao compararem o ensino da Medicina UFSCar e o ensino tradicional, os alunos deram preferência ao primeiro. “Fazia mais sentido para mim... A Faculdade dessa maneira, pedagogicamente, me fez estudar mais”, disse o estudante Luciano.

O referencial metodológico do Curso

A abordagem educacional construtivista foi escolhida como norteadora do currículo, estimulando o estudante a aprender a aprender (aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer)^{2,8,24}.

Esse currículo colocou o aluno no papel central do conhecimento por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem²⁵⁻²⁷, no caso, as Situações Problema (SPs) e as Estações de Simulação da Prática Profissional^{28,29}.

O estudo de situações clínicas hipotéticas, apresentadas em papel (SPs), cujo eixo teórico metodológico fundamenta-se no PBL, permitiu uma aprendizagem cognitiva em espiral. Contudo, o trabalho interativo foi fator de estranhamento para todos. Os estudantes, não habituados à busca e construção de conhecimentos para as atividades, relataram dificuldades de aprendizagem com o método^{22,30}.

A metodologia retirou os estudantes de suas zonas de conforto, pediu uma aprendizagem crítico-reflexiva e os responsabilizou frente à elaboração individual e coletiva do saber, com o docente no papel de facilitador^{8,25,31}, provocando inseguranças frente ao aprendizado. Em contrapartida, tais atividades possibilitaram a aprendizagem integrada de dimensões biológica, psicológica e social^{18,29}.

Segundo os colaboradores, essa aprendizagem foi heterogênea, devido à falta de afinidade dos facilitadores com a metodologia e pelo tipo de capacitação ofertada, que implicava a não interferência destes em discussões das SPs. Na opinião do aluno Vicente, isso era um “PBL mais radical”, o que contrasta com a forma original do PBL, em que o facilitador tem o papel de aperfeiçoar as habilidades do pensamento, ajudando o estudante a modelar a ordem superior das ideias com perguntas que aprofundem os saberes, e apoiar o desenvolvimento em sua lógica cognitiva^{32,33}. Almeida e Batista³² afirmam que o PBL tem, em sua essência, o “desempenho do docente como sujeito da educação e orientador do processo de ensino-aprendizagem”³² (p.200).

Nas Estações de Simulação, a prática clínica foi trabalhada em duplas de estudantes, com situações clínicas construídas pelos docentes e encenadas por pacientes-atores. Atividade que possibilitou o desenvolvimento das habilidades profissionais em ambiente controlado, onde as lacunas de aprendizagem e erros atitudinais puderam ser corrigidos *in loco*^{28,34,35}.

Para os entrevistados, o resultado dessas práticas pedagógicas aponta para um aprendizado desigual, porém mais significativo por estruturar-se no estudo autogerenciado e em experiências individuais^{36,37}. Por basear-se na construção do conhecimento individual, a aprendizagem significativa só se efetiva, segundo David Ausubel³⁸, sobre um conhecimento anterior já consolidado, o que sempre será inerente às experiências individuais de cada aluno^{28,39,40}.

No SUS, o ensino em construção

Para a aprendizagem no SUS, a UFSCar fez uma parceria com o Poder Municipal, que se responsabilizou por fornecer os recursos estruturais, materiais e humanos, cujos cenários necessitavam de grandes investimentos e era integrado por equipes que tinham dificuldades para desenvolver a assistência integrada. Segundo os docentes, a proposta da Escola foi de qualificar o serviço, o que já havia acontecido em Marília e Londrina^{3,41}.

No planejamento inicial, o Curso trabalharia com três preceptores para cada docente. A preceptoria era um dos pilares de sustentação do PPP, com o preceptor estando junto aos estudantes na maior parte do tempo. Porém, a falta deste profissional na Rede, sua alta rotatividade no serviço, e responsabilidade em cumprir sua carga horária frente ao SUS (além de orientar os estudantes), contribuiu para a inadequação dessa diretriz do Curso.

“Em função da sobrecarga de trabalho, os preceptores têm dificuldades em recebê-los [estudantes]. Falta investimento financeiro adequado que possa trazer profissionais para a cidade”. (Professora Júlia)

No início, a Prefeitura fez melhoramentos nas Unidades de Saúde, com boa repercussão para o aprendizado, mas, ao longo dos anos, reduziu a adequação e criação de outras Unidades, limitando a oferta de cenários para a prática, e a parceria se mostrou aquém do planejado. A Universidade não obteve autonomia na Rede de Saúde para efetuar as mudanças necessárias à implantação adequada do Curso.

“O parceiro que é justamente a Prefeitura, não proveu isso. Hoje, não temos nem as Unidades de Saúde da Família (que seria o básico) e nem as Unidades Básicas prometidas. Não há cenários, nem em quantidade suficiente, nem com qualidade”. (Professora Rita)

A infraestrutura deficiente⁴² e mudanças de políticas locais de saúde prejudicaram o aprendizado prático. “No momento em que o Curso se vincula à instabilidade política, se torna instável e isto não pode acontecer” (Estudante Vicente), e a Escola se viu frente a obstáculos para a incorporação da graduação pelo Serviço Público de Saúde Municipal.

“É um gargalo sem solução a curto prazo. Um problema que persistirá por muitos anos porque o Curso continua sendo dependente da atuação do governo local, principalmente em relação à utilização do Sistema de Saúde da cidade...” (Estudante Antônio)

Com menos de cinquenta docentes e cinquenta preceptores (com estimativa para cento e cinquenta), os professores ficaram sobrecarregados, com encargos da graduação, exigências de pesquisa e publicações, sem tempo para capacitação, educação permanente, planejamento de atividades curriculares e matriciamento junto às Unidades do SUS⁴³, o que se refletiu na diminuição do potencial de ensino-aprendizagem do Curso.

“Um curso de graduação em Medicina que precisa ter um corpo docente extremamente compartilhado, empenhado em implementar o currículo diariamente, no molde onde a pesquisa vem primeiro que a graduação, vai dar problema!” (Estudante Augusto)

Segundo as narrativas, apesar dos percalços, os alunos foram inseridos, de primeiro a sexto ano, nas atividades práticas do SUS, em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidade de Saúde da Família (USFs). Nas USFs, em visitas domiciliares de rotina, construíram uma coorte a partir de famílias que acompanharam ao longo dos anos, aprendendo a visão individual e coletiva do cuidado.

O enfoque do cuidado integral, centrado no paciente e de uma prática médica humanizada, exemplificado por docentes e preceptores, foi avaliado como positivo pelas narrativas dos estudantes e permitiu o desenvolvimento de habilidades para o mundo do trabalho. Isso em contraponto ao que acontece em outros currículos, em que a excessiva importância confiada à dimensão biológica e técnica do conhecimento faz com que o estudante infira que tais dimensões sejam suficientes para a formação profissional^{25,44}.

A inserção longitudinal na prática do SUS^{4,23,45}, seja no acompanhamento de famílias ou em atividades de gestão, contribuiu: para a sedimentação de conhecimentos, para a percepção da realidade na Saúde Pública, da responsabilidade profissional e social⁴⁶, e estimulou a participação ativa dos estudantes junto ao SUS e à comunidade⁴⁶⁻⁴⁹. Segundo o estudante Luciano, eles aprenderam a “lidar com a população de maneiras mais ativas”. O enfoque na Atenção Primária influenciou a mudança do perfil profissional, permitindo, ao estudante, a gestão dos problemas prementes da população.

“Tivemos muitas oportunidades de discutir sobre nosso papel na sociedade e na co-responsabilização junto ao paciente, enxergá-lo como um todo e dentro de uma sociedade repleta de desavenças...” (Estudante Vicente)

As habilidades éticas e humanísticas tiveram as ferramentas de desenvolvimento na valorização da escuta do paciente e na sua contextualização, segundo os docentes Jorge e Clara. Para os estudantes, esse foi outro ponto forte do currículo, exemplificado nas USFs, onde o responsabilizar-se pelas famílias possibilitou: a criação do vínculo, a percepção diferenciada do outro, o respeito pelo serviço, e menor grau de defesa na relação médico-paciente. O modelo horizontalizado de poder preconizado pelo PPP, segundo a professora Cora, também contribuiu para o aprendizado⁵⁰.

“Tínhamos que ficar responsáveis por algumas famílias no estágio. Conheci a fundo estas pessoas... Mais do que isso, foi a questão humana mesmo. Foi boa essa prática... A parte humana foi o que falou mais alto nesses primeiros anos, pelo fato da prática ter se iniciado mais cedo... Lembro com saudade de muitos pacientes que tive, alguns faleceram quando eu estava no quarto ano. Ficou um sentimento bom. A questão humana da formação como um todo, temos bastante e levaremos muito conosco”. (Estudante Ricardo)

Segundo o docente Hélio, o enfrentamento de adversidades e a busca de soluções, nos cenários do SUS, aumentou a capacidade resolutiva dos alunos^{27,49}.

As discussões problematizadas na realidade do SUS possibilitaram aprendizagem distinta aos estudantes. Considera-se aqui que problematizar é uma experiência dotada de sentido, segundo Bondia¹², onde se produz não apenas o conhecimento, mas se dá, ao aluno, a possibilidade de ser o ‘sujeito da experiência’, capaz de unir o conhecimento à vida humana e sedimentar o que viveu^{12,40}.

“No futuro, no exercício da profissão, o aprendizado vai nos ajudar a influenciar e modificar o ambiente de trabalho, a ser mais crítico, saber trabalhar em grupo, saber organizar, parar, pensar e resolver os problemas”. (Estudante Ricardo)

No SUS de São Carlos, as Unidades de Saúde da Família mostraram-se as mais organizadas, integradas e responsivas aos anseios de formação do Curso. Foram cenários propícios à construção do cuidado integral, interprofissional e humanista⁵¹. Já nas UBSs, “um desastre: modelo de Pronto Atendimento”; segundo a professora Sofia, o modelo utilitarista de queixa-conduta não permitiu a aprendizagem do cuidado integral de forma adequada e expôs o estudante à velha hegemonia da

Medicina Diagnóstica e à informação verticalizada^{45,52}; e contribuiu para a baixa resolutividade do Sistema de Saúde, tornando o cuidado em saúde insatisfatório e cada vez mais oneroso^{20,25,48,53}.

Os estudantes consideraram a aprendizagem para a atuação na Atenção Primária, com foco na integralidade do cuidado à saúde e das necessidades sociais da população assistida, um dos pontos fortes do currículo. E se julgaram preparados para o exercício da profissão nesse nível de atenção.

“Não tenho medo de fazer Atenção Básica... Vou para um USF tranquilamente! Não há problemas. Os pacientes que estão lá, têm problemas que vi ao longo os seis anos de formação e se tiver dúvida, serei capaz de buscar informações que possibilitem a tomada de decisão. Tive a formação. A graduação me deu isso e foi fundamental”. (Estudante Augusto)

No decorrer dos seis anos, os desacordos políticos resultaram em um número de preceptores e Unidades aquém do necessário para a aprendizagem individualizada, o que foi agravado pelo pequeno número de docentes presentes na prática, dificultando a qualificação do serviço pela Academia^{8,43,49}.

A Academia junto ao Serviço de Saúde pode auxiliar integrando saberes, e, na opinião de Laura Feuewerker²⁵, o fato de uma faculdade instituir atividades no SUS não correspondente necessariamente a um aprendizado adequado e à busca de um modelo diferente do hospitalocêntrico que envolva a Rede de Serviços Públicos, mostra-se tarefa de enorme complexidade^{20,54}.

Troncon²⁰ nos fala que, para a efetivação do ensino/pesquisa/assistência de qualidade no SUS, as Unidades devem estar organizadas, oferecer um número amplo de ações integradas, inclusive, junto à comunidade. O número de trabalhadores deve ser suficiente, capacitado e motivado para a supervisão dos alunos. O contato com os estudantes deve ficar a cargo de profissionais que sabidamente detenham um perfil atitudinal adequado e funcionem como modelos apropriados, no qual os estudantes se espelhem. O número de pacientes deve ser o suficiente para as atividades educacionais. E, por fim, são necessários vínculos estáveis entre a Universidade e o Serviço de Saúde que mantenham canais abertos entre a graduação e a comunidade, para o desenvolvimento do ensino nesses cenários.

Entretanto, em nosso país, a integração entre as Escolas Médicas, os Serviços Públicos de Saúde e setores governamentais é deficiente, e o SUS apresenta dificuldades de toda ordem para corresponder às suas diretrizes^{48,49,51}. A baixa resolutividade e alto percentual de encaminhamentos, os baixos salários, a falta de capacitação e o excesso de pacientes diminuem a possibilidade de aprendizagem no SUS^{21,42,55}.

O Internato

Após grande movimentação dos estudantes, com duas paralisações que reivindicavam melhores condições de ensino, o Internato, programado para acontecer em São Carlos, foi transferido para Américo Brasiliense, Bauru, Limeira e Diadema, devido ao não cumprimento do prazo de entrega do Hospital Universitário (previsto, inicialmente, para 2010). Com isso, perdeu-se o referencial pedagógico metodológico do Curso: o ensino-aprendizagem centrado no estudante, a autonomia para construção do conhecimento, o desenvolvimento das habilidades crítico-reflexivas, e a integralidade do cuidado à saúde⁸. Os estudantes habituados a esse movimento tiveram dificuldade na adaptação a distintas formas de pensar e agir de outras Escolas, o que lhes causou sofrimento (por não reconhecerem como verdadeiros diferentes processos de ensino) e amadurecimento (por terem de se adaptar a outras realidades, onde o processo crítico-reflexivo não fazia parte da rotina de docentes e estudantes).

“Em alguns lugares se pede Tomografia Computadorizada de manhã e à tarde! Estranho! O que é isto? Isto não existe! Não deve ser assim a formação. Eles têm uma deformação”. (Estudante Augusto)

Nos estágios, muitas vezes não eram bem recebidos. Habituados a questionar (habilidade valorizada pelo Curso), foram hostilizados por alguns docentes e residentes de outros serviços^{50,56}.

O desconhecimento da metodologia na qual os estudantes estavam sendo preparados pode ter sido um complicador dessa relação. A desumanização do processo de treinamento nas Escolas Médicas também, possivelmente, contribuiu para a falta de acolhimento dos jovens, o que, em parte, desestimulou-os para os estudos^{50,56,57}.

Outro ponto complicador para os estudantes foi trabalharem com uma abordagem ampliada do doente em Planos Terapêuticos Singulares. Desde a anamnese até a conduta compartilhada, o enfoque dado pelo Curso sempre foi a integralidade do cuidado, com discussões e ações em equipes interdisciplinares. “Mas o mundo lá fora não mudou”, afirmou o estudante Augusto ao relatar que fora do ambiente protegido da UFSCar não havia semiologia com história ampliada.

O trabalho realizado junto aos alunos, focado na individualização do aprendizado e necessidades de saúde do paciente, auxiliou na compreensão e sedimentação do modelo biopsicossocial e relacional proposto pelo currículo que os estudantes levaram para o Internato. Ao se depararem com o modelo biomédico de queixa-conduta, entenderam ser o modelo da UFSCar mais adequado para a completude do cuidado e para o exercício profissional.

“Esta é uma preocupação muito intensa no nosso Curso, de ter orelhas grandes para escutar bastante e olhos bem abertos para enxergar bem. O conhecer o outro... Não só conhecer, é reconhecer, pactuar, construir para ajudar de alguma maneira no jeito que ele leva sua vida”.
(Professor Jorge)

Ao final dos seis anos, os alunos evidenciaram cansaço e desesperança na implantação desse currículo. A insegurança frente a tantas mudanças tornou-se superlativa e parte deles recorreu a tratamento psiquiátrico para concluir o Curso^{1,57}. Em seus relatos, observou-se um nítido esgotamento das relações com a Universidade, com a Escola e interpessoais.

Apesar dos percalços, o que emerge das narrativas dos estudantes como resultante das atividades curriculares é a visão ampliada do cuidado, embasada em um modelo de conduta compartilhada, interprofissional, ética e humanizada.

“[...] aprender a olhar o indivíduo, tentar entender suas correlações e junto com ele achar uma solução, obter resultados melhores na terapêutica, saber quais são os limites do momento e qual nosso papel ali... Compreender como a equipe lidou com o caso”. (Estudante Vicente)

Entretanto, no Internato, os estudantes referem que o ensino foi insuficiente e o envolvimento com o SUS, aquém do desejado. Pelo planejamento inicial, no Hospital Universitário, eles continuariam o aprendizado do cuidado ampliado, desenvolvendo atividades e integrando os três níveis de atenção. Mas, com a pulverização do estágio, o “Curso não pode manter o controle sobre a qualidade do ensino”, comentou a professora Cora. Mesmo assim, a formação proporcionada nos anos anteriores mostrou-se suficiente para que os alunos desenvolvessem uma grande capacidade de enfrentamento, utilizando habilidades crítico-reflexivas para a resolução de problemas.

Ao final dos seis anos

O Curso de Medicina da UFSCar estabeleceu-se como parceiro do SUS, apesar das dificuldades enfrentadas. Para os docentes, as questões políticas locais e o pouco entendimento (de órgãos gestores e profissionais do SUS) do cuidado integral em saúde foram os maiores obstáculos enfrentados para integrar a Academia à Rede.

Na observação dos professores, os estudantes mostraram amadurecimento, comprometimento e domínio das habilidades profissionais para a Atenção Primária, o que foi atribuído: à metodologia, às dificuldades enfrentadas, à responsabilização frente à implantação do currículo, e por terem de ser exemplo para as turmas subsequentes.

A complexidade do PPP obrigou a inúmeras mudanças de rumo. “Hoje, não temos o mesmo Curso do início, temos um outro, o que foi possível” (Professora Cora).

Esse currículo, cuja formação se vinculou ao SUS de forma significativa e onde a conduta compartilhada definiu as ações multiprofissionais⁴⁶, aponta que currículos transformadores, como definiu Lampert⁴⁷, potencializam a formação. “A potência do Curso está dada... A primeira turma sai e mostra isto” (professora Júlia).

A dedicação dos estudantes foi importante para a implantação. “A primeira turma foi parceira durante os seis anos exigindo, brigando por melhores condições de ensino” (Professora Magda).

Atualmente, o Curso continua em transformação, com o Internato acontecendo em São Carlos, no Hospital Universitário (administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH), na Unidade de Saúde Escola-UFSCar e na Santa Casa da cidade^{58,59}. Para suprir a falta de preceptores da prática profissional no SUS, a solução encontrada foi a alocação de docentes nessa atividade. Segundo a Professora Sofia, “O que pensamos fazer em quatro anos, talvez façamos em quinze!”, com a necessidade de se repensarem os pontos frágeis do Curso.

Considerações finais

Este artigo apresentou as percepções de alunos e docentes sobre o processo de formação médica da UFSCar, em que a metodologia da História Oral possibilitou a abordagem de experiências e vivências da primeira geração da Escola.

Os pesquisadores entendem que a importância desse trabalho está na reflexão que traz sobre projetos educacionais em processo de construção e/ou reformulação, de modo que os achados aqui relatados poderão auxiliar na discussão sobre novos caminhos para os currículos médicos.

O Curso ofereceu um currículo orientado por competências, sob abordagem educacional construtivista, com base em PBL e metodologias ativas de ensino-aprendizagem que permitiram centrar as atividades pedagógicas no aluno.

A literatura aponta que definir o PBL como a linha mestra de currículos mostra-se um caminho possível^{36,37,45}. No entendimento dos pesquisadores, associar o PBL a metodologias ativas permitiu a potencialização do aprendizado^{29,34,45}. Porém, a insegurança e heterogeneidade geradas pelo processo pedem o acréscimo de abordagens pedagógico-metodológicas que ajudem na sedimentação das aprendizagens e proporcionem segurança aos estudantes^{1,60-62}.

O início das atividades do Curso, antes da capacitação dos docentes e preceptores, pareceu um erro de planejamento e não pode ser exemplo para implantações de futuras escolas.

O número de cinquenta docentes e cinquenta preceptores, considerado insuficiente pelos colaboradores para o desenvolvimento das atividades curriculares, reduziu o potencial de aprendizagem.

Os desacordos políticos e as dificuldades de uma cogestão com a Universidade da prática profissional no SUS foram obstáculos para a aprendizagem prática desejada pela Escola. Os cenários foram insuficientes. O subfinanciamento do SUS não possibilitou infraestrutura adequada ao ensino. O apoio matricial, sob responsabilidade da Escola, bem como a capacitação dos profissionais da Rede para acompanhamento dos estudantes foram acanhados.

Apesar das dificuldades, a vivência nas USFs no acompanhamento longitudinal de famílias e as atividades de gestão permitiu, aos estudantes, a aquisição de competências desejadas pelo Curso. Eles aprenderam a elaborar Planos Terapêuticos Singulares e vivenciaram o comprometimento profissional e social. Aprimoraram dimensões intelectivas, relacionais e afetivas no cuidado ampliado, desenvolvido sob o modelo de conduta compartilhada e interprofissional. Adquiriram autonomia e resolutividade, relatando aptidão satisfatória para o exercício da profissão na Atenção Primária, sob uma compreensão realista do SUS, e criaram vínculos que ajudaram na aprendizagem da humanização do cuidado.

O discurso de inclusão, ética e responsabilização social, segundo os estudantes, foi vivenciado no exercício diário da graduação e funcionou como fator diferenciador da formação.

As atividades práticas no SUS, com enfoque na clínica centrada no paciente^{18,19}, influenciaram o desenvolvimento de habilidades humanísticas e na mudança do perfil de formação profissional, comprovando a importância do exemplo positivo dos tutores junto ao aluno²⁰.

Os estágios do Internato, realizados em unidades de ensino não pertencentes à UFSCar, resultaram na perda do referencial pedagógico metodológico do Curso. Porém, os estudantes conservaram as habilidades crítico-reflexivas e a visão do cuidado integral, evidenciando a sedimentação dos conhecimentos adquiridos nos anos anteriores.

A primeira turma relatou insegurança frente ao desenvolvimento de habilidades cognitivas e deficiência de aprendizagem técnica no Curso, o que atribuíram a inúmeras alterações e não realizações de atividades planejadas inicialmente.

A graduação proposta pela Medicina-UFSCar mostrou-se uma alternativa para o caminho do ensino médico, ao possibilitar a experiência de um currículo que prioriza uma formação médica sob competências, enfatizando a Atenção Primária nos cenários do SUS e instigando a reflexão crítica sobre o estudo e vivências tutoradas. É um modelo que pode servir de inspiração para outras Instituições que almejam uma formação voltada para a integralidade do cuidado e para o SUS^{8,47,63}.

Docentes e estudantes da primeira turma tiveram um papel vital na estruturação do currículo. Entrar em uma Universidade, deparar-se com um PPP a ser construído, capacitar-se nas metodológicas solicitadas pelo currículo, e corresponder às exigências das tarefas pessoais (graduando ou docente) é, no mínimo, laborioso.

“Participar desse processo de implantação foi um diferencial muito grande na minha vida”.
(Estudante Vicente)

“Valeu a pena, apesar de tantas dificuldades”, foi uma observação que se repetiu nas narrativas. Entretanto, há que se deixar uma pergunta para o futuro: Deve-se ratificar, como virtude, uma formação fundamentada na luta, nas dificuldades e nas carências?

Colaboradores

Na elaboração do artigo ambos os autores participaram, igualmente, da elaboração, discussão, redação, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Adler SM. Aprendizado em construção: as vozes da primeira turma da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2015.
2. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Diário Oficial da União. 29 Out 2001.
3. Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. Interface (Botucatu). 2003; 7(12):175-84.
4. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu). 1998; 2(2):139-54.

5. UEL Prograd. Caderno dos cursos de graduação. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde; 2015.
6. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Medicina. Projeto Pedagógico-Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis; 2015.
7. Vieira JE, Lopes Júnior A, Basile MA, Martins MA. Identificação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Educ Med.* 2003; 27(2):96-103.
8. Medicina UFSCar. Curso de Medicina - Projeto Político Pedagógico [Internet]. 2007 [citado 22 Maio 2014]. Disponível em: http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto_medicina.pdf.
9. Holanda F, Meihy JCSB. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.
10. Gallian DMC. 75X75: EPM/UNIFESP, uma história, 75 vidas. São Paulo: Unifesp; 2008.
11. Gallian DMC, Holanda F, Meihy JCSB, Silva MRB, Ribeiro SLS, Reginato V. Recortes da memória: lembranças, compromissos e explicações sobre a EPM/UNIFESP na perspectiva da história oral. São Paulo: Unifesp; 2009.
12. Borkan J. Immersion/cristalization. In: Miller WL, Crabtree BF. *Doing qualitative research.* 2a ed. Thousand Oaks: Sage; 1999.
13. Bondia JL. Notas sobre a experiência e saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19:20-8.
14. Devechi CPV, Trevisan AL. Sobre a proximidade do senso comum das pesquisas qualitativas em educação: positividade ou simples decadência? *Rev Bras Educ.* 2010; 15:148-61.
15. Bruns MAT. A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses entre a subjetividade e a objetividade. In: Bruns MAT, Holanda AF, organizadores. *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas.* São Paulo: Ômega; 2005.
16. Seibt CL. Heidegger: da fenomenologia 'reflexiva' à fenomenologia hermenêutica. *Princípios.* 2012; 19(31):79-98.
17. Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Abdalla IG, Costa NMSC, Lampert JB, Stella RCR. Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Supl1:55-62.
18. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* 2a ed. United Kingdom: Sage; 2003.
19. Ribeiro MMF, Amaral AFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(1):90-7.
20. Troncon LEA. Ensino clínico na comunidade. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1999; 32(3):335-44.
21. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica - diretrizes. *Cad ABEM.* 2007; 3:6-10.
22. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(28):71-83.
23. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto M, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13 Supl2:2133-44.

24. Cezar PHN, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):298-303.
25. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
26. Aréchiga H. Ciência e humanismo em medicina. México: Siglo XXI; 2003.
27. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
28. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(2):291-7.
29. Aquilante AG, Silva RF, Avó LRS, Gonçalves FGP, Souza MBB. Situações-problema simuladas: uma análise do processo de construção. *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(2):147-56.
30. Canuto AMM, Batista SHSS. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(4):624-32.
31. Colliver JA. Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. *Acad Med.* 2000; 75:259-66.
32. Almeida NG, Batista NA. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(2):192-201.
33. Batista NA, Batista SHSS. A prática como eixo de aprendizagem na graduação médica. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA, organizadores. *A formação médica na UNIFESP - excelência e compromisso social.* São Paulo: Unifesp; 2008. p. 101-15.
34. Silva RF, Aquilante AG, Zem-Mascarenhas SH, Kishi RGB, Varga CRR. Análise das situações simuladas da prática médica. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(2):204-11.
35. Pazin Filho A, Scarpelini S. Simulação: definição. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2007; 40(2):162-6.
36. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(1):13-20.
37. Pourshanazari A, Roohbakhsh A, Khazaei M, Tajadini H. Comparing the long-term retention of a physiology course for medical students with the traditional and problem-based learning. *Adv Health Sci Educ.* 2013; 18(1):91-7.
38. Ausubel DP. *Educational psychology: a cognitive view.* New York: Holt, Rinehart and Winston; 1968.
39. Moreira MA, Masini EFS. *Aprendizagem significativa - a teoria de David Ausubel.* São Paulo: Centauro; 2002.
40. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida? *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(1):105-11.
41. Almeida MJ, Campos JJB, Turini B, Nicoletto SCS, Pereira LA, Rezende LR, et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):156-65.
42. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):273-80.

43. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude Soc.* 2011; 20(4):961-70.
44. Lown B. A arte perdida de curar. Velloso W, tradutor. 3a ed. São Paulo: JSN Editora e Fundação Peirópolis; 1996.
45. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):159-70.
46. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
47. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Supl1:19-34.
48. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):207-15.
49. Adler MS, Gallian DMC. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev Bras Educ Med.* 2014; 38(3):388-96.
50. Azevedo CC, Ribeiro MAT, Batista SHSS. O humanismo na perspectiva de estudantes de medicina da UFAL. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(4):586-94.
51. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(2):230-9.
52. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(4):557-66.
53. Schraiber LB, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(5):1467-73.
54. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2003; 36(2/4):498-515.
55. Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica - saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Hucitec; 2008.
56. Benevides-Pereira AMT, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):10-23.
57. Rautio A, Sunnari V, Nuttinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 2005; 5:36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-36>.
58. São Carlos Oficial. Santa Casa e UFSCar assinam convênio para Internato Médico dos estudantes de Medicina [Internet]. 2015 Fev [citado 25 Set 2015]. Disponível em: http://www.saocarlosocial.com.br/noticias/?n=Santa+Casa+e+UFSCar+assinam+convenio+para+Internato+Medico+dos+estudantes+de+Medicina_WIULWJHEL.
59. Universidade Federal de São Carlos. Prefeitura Municipal de São Carlos e UFSCar firmam compromissos para finalização da transferência do Hospital Escola à Universidade [Internet]. 2015 [citado 25 Set 2015]. Disponível em: <http://www.blogdareitoria.ufscar.br/?p=2341>.
60. Abdelkhalek N, Hussein A, Gibbs T, Hamdy H. Using team-based learning to prepare medical students for future problem-based learning. *Med Teach.* 2010; 32(2):123-9.
61. Okubo Y, Ishiquro N, Sukanuma T, Nishikawa T, Takubo T, Kojimahara N, et al. Team-based learning, a learning strategy for clinical reasoning, in students with problem-based learning tutorial experiences. *Tohoku J Exp Med.* 2012; 227(1):23-9.
62. Polyzois I, Claffey N, Mattheos N. Problem-based learning in academic health education. A systematic literature review. *Eur J Dent Educ.* 2010; 14(1):55-64.
63. Campos GWS, Amaral MP. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12(4):849-59.

Adler MS, Gallian DMC. Escuela médica y Sistema Brasileño de Salud (SUS): creación de la escuela de medicina de la Universidad Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) bajo la perspectiva de docentes y alumnos. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):237-49.

La Universidad Federal de São Carlos (UFSCar) implantó su curso de Medicina en 2006, con un currículo basado en competencia y aprendizaje práctico integrado al SUS. El objetivo de este trabajo es presentar una encuesta con docentes y alumnos de graduación de la Primera Promoción de Medicina-UFSCar, realizada por medio de la Metodología de la Historia Oral de Vida. Las narrativas indican que el currículum favoreció el desarrollo de competencias tales como: capacidad de búsqueda, pensamiento crítico-reflexivo y auto-gestión del aprendizaje, a pesar de relatos sobre deficiencias en infraestructura. La práctica integrada al SUS, especialmente en las Unidades de Salud de la Familia, perfeccionó las dimensiones intelectivas, relacionales y afectivas del cuidado, favoreciendo la autonomía profesional.

Palabras clave: Enseñanza de graduación en medicina. Educación basada en competencias. Aprendizaje basado en problemas. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 16/05/16. Aprovado em 16/12/16.

Um novembro não tão azul:

debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem

Antônio Augusto Dall'Agno Modesto^(a)

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima^(b)

Ana Carolina D'Angelis^(c)

Daniel Knupp Augusto^(d)

Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(64):251-62.

The Blue November campaign, promoted in Brazil by Lado a Lado pela Vida Institute in partnership with the Brazilian Society of Urology, looks for drawing attention to prostate cancer and encouraging screening for this neoplasm. International research, however, has shown that this screening may do more harm than good. Being committed to the concept of quaternary prevention, the Brazilian Society of Family and Community Medicine publicly questioned the campaign and its proposal in 2015. This narrative review discusses this positioning and its consequences, through critically analyzing arguments both in favor and contrary to screening. Based on this, we discuss about limits of prevention, commenting on the relationship between media and health and reflecting on more appropriate actions for the care of men, based on multicenter studies, systematic reviews, institutional documents, reports and qualitative research. The debate helps to promote comprehensive care for the male population.

Keywords: Men's health. Mass screening. Prostatic neoplasms. Quaternary prevention.

A campanha Novembro Azul, promovida no Brasil pelo Instituto Lado a Lado pela Vida em parceria com a Sociedade Brasileira de Urologia, busca alertar para o câncer de próstata e estimular o rastreamento da neoplasia. Pesquisas internacionais, entretanto, têm mostrado que esse rastreamento traz mais danos que benefícios. Comprometida com o conceito de prevenção quaternária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade questionou publicamente a campanha e sua proposta em 2015. Esta revisão narrativa discute esse posicionamento e sua repercussão, analisando criticamente os argumentos favoráveis e contrários ao rastreamento. A partir disso, discutimos alguns limites da prevenção, comentamos a relação entre mídia e saúde, e refletimos sobre ações mais adequadas para o cuidado dos homens, com base em estudos multicêntricos, revisões sistemáticas, documentos institucionais, reportagens e pesquisas qualitativas. Tal debate ajuda a promover um cuidado integral para a população masculina.

Palavras-chave: Saúde do homem. Programas de rastreamento. Neoplasias de próstata. Prevenção quaternária.

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. aadmodesto@gmail.com

^(b) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal, DF, Brasil. rblima@gmail.com

^(c) RS Press. São Paulo, SP, Brasil. anadangelis@rspress.com.br

^(d) Unimed Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. knupp.bh@gmail.com

Introdução

Em 2003, alguns amigos australianos reunidos em um bar perceberam que a única moda dos anos setenta que ainda não havia voltado era o uso de bigodes. Para se divertir, decidiram iniciar o mês seguinte completamente barbeados e deixar apenas o bigode crescer; no final do mês, fariam uma festa temática onde premiariam o melhor e o pior bigodes. Como o mês seguinte era novembro, chamaram a brincadeira de *Movember*, pela união das palavras *mo*, gíria australiana para *moustache* (bigode) e *November* (novembro).

Enquanto se preparavam para repetir a brincadeira no ano seguinte, lembraram-se das campanhas mundiais sobre o câncer de mama, e decidiram que o *Movember* poderia servir para alertar os homens sobre o que consideravam uma doença similar: o câncer de próstata. O movimento foi ganhando adesões e começou a angariar fundos para uma instituição voltada para os cuidados desta neoplasia, crescendo a cada ano na Austrália e ganhando adeptos em outros países¹.

Desde 1999, algumas entidades já promoviam uma sensibilização para a doença nos Estados Unidos, cujo governo estabeleceu, em 2001, o mês de setembro como o “Mês Nacional de Conscientização para o Câncer de Próstata”². No Brasil, a campanha chamando atenção para a neoplasia surgiu em 2008, promovida pelo Instituto Lado a Lado Pela Vida (ILLPV), uma organização não governamental. Inicialmente chamada de “Um Toque, Um Drible”, ela ganhou o nome “Novembro Azul” em 2012³. Embora venha tentando contemplar outras questões relacionadas à saúde dos homens, o foco da campanha continua sendo o câncer de próstata – o que fica claro na divulgação pela mídia, nos pronunciamentos de médicos e outros profissionais de saúde e no próprio material da campanha.

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais comum entre homens em todas as regiões do país: estimam-se 70,54 casos novos a cada cem mil indivíduos. A idade é o único fator de risco bem estabelecido, com cerca de 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrendo em homens com 65 anos ou mais. História familiar e pele negra também são fatores de risco, embora o segundo possa se dever a diferenças no estilo de vida, e algumas dietas vêm sendo associadas a risco ou proteção⁴. Em 2013, foi a segunda causa de mortalidade por neoplasia no sexo masculino, com 14,06 óbitos por cem mil homens, atrás apenas do câncer de traqueia, brônquios e/ou pulmões, com 16,12 óbitos a cada cem mil homens⁵.

A ILLPV tem parceiros institucionais como a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e a Sociedade Brasileiras de Urologia (SBU), entidades que sempre se posicionaram a favor do rastreamento populacional do câncer de próstata^{6,7}, e que reforçam esse posicionamento por meio da campanha. O Instituto tem assumido protagonismo em diversas frentes, inclusive respondendo a uma consulta pública do Ministério da Saúde sobre a doença⁸.

O rastreamento populacional, no entanto, tem sido alvo de críticas crescentes. Entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas – como o *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁹, o *United Kingdom National Screening Committee*¹⁰, o Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹¹ e o Ministério da Saúde (MS)¹² – têm estudado as pesquisas sobre o assunto e se posicionado contra esta estratégia, considerando que os potenciais malefícios superam seus potenciais (e questionáveis) benefícios. Alinhada com estas entidades e comprometida com a prevenção quaternária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem assumindo a mesma postura e, em outubro de 2015, publicou um posicionamento oficial questionando a campanha Novembro Azul como estratégia de saúde para a população masculina¹³.

Esta revisão narrativa discute o posicionamento da SBMFC, seu recebimento pela imprensa, a reação de apoiadores da campanha e do rastreamento, e os debates desencadeados, sobretudo, a partir de documentos das instituições envolvidas e de reportagens da época. Além disso, analisamos criticamente os argumentos favoráveis e contrários ao rastreamento de câncer de próstata; discutimos limites da prevenção em geral; comentamos brevemente algumas potências e riscos da relação entre mídia e saúde (dos quais o Novembro Azul e seu questionamento são um grande exemplo); e refletimos sobre ações mais adequadas para o cuidado dos homens. Nesse âmbito, e com maior sistematização que a descrita por Rother para esse tipo de revisão¹⁴, as referências foram selecionadas

por sua: envergadura (estudos multicêntricos), abrangência (revisões sistemáticas), citação pelos atores institucionais envolvidos, e pertinência a uma reflexão propositiva sobre saúde dos homens.

Rastreamento de câncer de próstata: defesa e crítica

A defesa do rastreamento populacional para o câncer de próstata – realizado por meio da dosagem de antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês) e do exame digital retal – é feita há mais de dez anos no Brasil, com claro protagonismo dos urologistas. Em 2006, o professor titular da especialidade na Universidade São Paulo, Miguel Srougi, recomendava avaliações anuais para homens a partir dos 50 anos, antecipando-a para quarenta anos em homens com maior risco para a doença (aqueles com parentes de primeiro grau acometidos e indivíduos negros)¹⁵.

Entretanto, também em 2006, o *European Observatory on Health Systems and Policies* (EOHSP) já afirmava que não havia evidência disponível, à época, de que o rastreamento identificasse indivíduos com indicação de tratamento ou que reduzisse mortalidade, “pela falta de conhecimento da história natural da doença, baixa acurácia dos exames de rastreamento e falta de evidência da efetividade e custo-efetividade do tratamento do câncer de próstata localizado” (p. 5)¹⁶.

As “Diretrizes de Câncer de Próstata” de 2011 da SBU são, por sua vez, um tanto ambíguas¹⁷. Abordando dúvidas e controvérsias sobre o rastreio, o documento ressalta a necessidade de informar os homens sobre seus aspectos básicos, riscos e potenciais benefícios, cabendo a eles a opção por rastrear ou não. Fica sob responsabilidade dos médicos a definição do ponto de corte do PSA que levará a maiores investigações (que incluem ultrassonografia transretal e biópsia de próstata), bem como a aplicação dos critérios de baixa agressividade a cada câncer detectado, “a fim de categorizar e discutir com o paciente a melhor terapêutica” (p. 15). Ainda assim, o texto favorece o rastreamento anual com PSA e toque retal (TR) em homens com expectativa de vida mínima de dez anos, iniciando aos cinquenta anos – ou aos 45 anos, naqueles com risco aumentado (mais uma vez, homens negros ou com história familiar em primeiro grau). Em outro documento¹⁸, a SBU destaca o desafio de distinguir precocemente tumores mais ou menos agressivos, visando “aumentar a expectativa de vida com qualidade” (p. 2). O texto também recomenda que o TR e o PSA não sejam usados isoladamente, e indica a realização do TR em cada consulta médica urológica.

O Ministério da Saúde, por sua vez, tem recomendações mais alinhadas às do EOHSP. Em 2010, publicava que o nível de evidência ainda era insuficiente para fazer recomendações a favor ou contra o rastreamento do câncer de próstata em homens com menos de 75 anos (em homens mais velhos o *screening* já era contraindicado). Além de não haverem evidências de que essa prática fosse eficaz, não era possível, à época, determinar a relação custo-benefício da estratégia¹². No mesmo ano, Richard Ablin, cientista que descobriu o PSA nos anos 1970, publicou artigo no *The New York Times* lamentando seu uso como rastreamento populacional¹⁹. Em 2012, a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) publicou recomendação contrária ao rastreamento de câncer de próstata baseado em PSA para homens estadunidenses de qualquer idade⁹. No ano seguinte, a *Cochrane Collaboration* se manifestou de forma similar²⁰, e o INCA recomendou que não se organizassem programas de rastreamento populacional para a neoplasia, por existirem evidências científicas de boa qualidade de que ele produz mais danos que benefícios¹¹.

Esses posicionamentos são fruto da revisão de ensaios clínicos com mais de dez anos de seguimento que mostram que o *screening* com PSA com ou sem TR não diminui a mortalidade geral dos homens, e muda muito pouco a mortalidade específica por câncer de próstata^{9,20}. Esse pequeno benefício não compensa os riscos relacionados à biópsia prostática, o impacto psicológico de um resultado falso-positivo, o sobrediagnóstico e as sequelas do tratamento. O fato da detecção precoce não levar a um impacto na mortalidade (ao contrário do que ocorre, por exemplo, no câncer de colo uterino) se deve, sobretudo, à detecção indiferenciada de cânceres graves e incipientes – os quais não progredirão, ou o farão de forma tão lenta que não se tornarão causa de morte para os homens acometidos. Assim, não há justificativa para estimular o rastreamento de câncer de próstata por qualquer método, em homens de qualquer idade; e aqueles que buscam tal intervenção devem ser questionados quanto a alterações relacionáveis à próstata, como noctúria, jato urinário fraco e gotejamento pós-miccional.

Caso presentes, PSA e toque retal estariam indicados para 'investigação', e não 'rastreamento'; caso inexistentes, devem ser discutidos os riscos associados ao rastreio.

Finalmente, em junho de 2015, MS e INCA publicaram uma nota conjunta, reafirmando-se contrários ao rastreamento populacional da neoplasia²¹. Secretarias de Estado da Saúde do Piauí²² ao Rio Grande do Sul²³ ratificaram essa posição em documentos próprios ou repassando a nota do MS/INCA aos seus serviços.

Questionando a campanha

Médicos e médicas de família e comunidade têm promovido, internacionalmente, uma reflexão sobre as consequências da atividade médica, que põe em questão a máxima popular "é melhor prevenir que remediar", mostrando que a prevenção, às vezes, pode causar dano²⁴.

A partir do modelo de história natural da doença e dos três níveis de prevenção de Leavell e Clark²⁵ e da diferenciação entre *disease* (doença, da perspectiva médica) e *illness* (experiência da doença, da perspectiva do paciente)²⁶, Marc Jamouille descreveu um quarto campo de atuação preventiva, chamado *prevenção quaternária*. Ela consiste em ações feitas para "identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis"²⁷ (p. 208). O conceito é aplicável a qualquer intervenção, seja individual ou populacional, preventiva ou curativa, pública ou privada, em qualquer um dos níveis de atenção, sendo reconhecida como uma necessidade para o Sistema Único de Saúde²⁸.

Nesse sentido, o Grupo de Trabalho de Prevenção Quaternária da SBMFC, formado por médicos de família e comunidade sem vínculo com empresas do complexo médico-industrial, dedicou-se a produzir um documento sobre o Novembro Azul. Em formato de carta, ele visava alcançar entidades filantrópicas, gestores públicos e privados e empresas que apoiavam ou pretendiam apoiar a iniciativa, bem como indivíduos interessados no tema e profissionais de saúde em geral. A partir das pesquisas e entidades citadas até aqui, ela discutia os riscos do rastreamento e sugeria que se considerassem outras abordagens à saúde dos homens. A SBMFC adotou a carta como seu posicionamento oficial, publicando-a em outubro de 2015¹³ e divulgando-a por meio de sua Diretoria de Comunicação e da Assessoria de Imprensa, que disseminou o material para veículos de todos o país, englobando mídias de diversos formatos e alcances e jornalistas especializados em saúde de grandes veículos.

Claudia Collucci, jornalista da Folha de São Paulo, foi a primeira a abordar o texto, em sua coluna semanal²⁹. A matéria foi uma grande desencadeadora da série de debates envolvendo a população em geral, urologistas, oncologistas e médicos de família e comunidade.

Durante o mês de novembro de 2015, houve nove entrevistas com diretores e sócios da SBMFC em veículos de comunicação de diversos Estados, em meio a cento e cinquenta exposições na mídia de impactos regional e nacional. A TV Folha (mídia do Grupo Folha) promoveu um debate com exibição ao vivo e *online* entre os diretores de comunicação da SBMFC e da SBU³⁰. Muitas matérias abordaram a opinião das duas sociedades, como a da própria Folha de São Paulo³¹, do Correio da Paraíba³² e do jornal O Povo, do Ceará³³. A discussão também foi levada ao Jornal Nacional³⁴, em reportagem que ouviu a SBMFC, o ILLPV, a SBU e o público em geral, e reservava ao telespectador a decisão de aderir ou não ao rastreamento.

Essa movimentação demonstra como a imprensa e o setor de saúde têm um papel fundamental na mobilização da opinião pública e a responsabilidade conjunta de apontar caminhos mais corretos. Para isso, devem cercar-se de procedimentos éticos e esclarecedores, buscando, cada vez mais, a proximidade com o sentido pleno da cidadania³⁵. Muitos brasileiros se informam sobre doenças e prevenção por meio da imprensa, e, muitas vezes, ela é a única fonte utilizada. A mídia se encarrega de informar como prevenir-se de enfermidades e como beneficiar-se de um maior bem-estar físico, mental e social, por meio de recursos tecnológicos que lhe são direcionados³⁶, sendo capaz de esclarecer sobre doenças comuns ou raras e divulgar novas descobertas científicas. A qualidade de vida e o bem-estar estão sempre em evidência, assim como epidemias e educação em saúde.

Por outro lado, sabe-se que ocorre uma associação entre indústria farmacêutica, médicos e grupos de pacientes, levando a uma forma de medicalização chamada *disease mongering* ou promoção

da doença. Por meio da mídia, esses atores lançam mão de estratégias como: fazer sintomas leves parecerem indícios de doenças graves; transformar fatores de risco em enfermidades; e apresentar indicadores de prevalência de forma a maximizar o público-alvo de intervenções³⁷.

Diante da repercussão da carta, sociedades médicas de várias especialidades foram convocadas a argumentar pública e cientificamente sobre uma ação que sempre foi natural. Miguel Srougi, em artigo especial para a Folha, afirmou que a comunidade urológica discordava da recomendação da USPSTF, indicando que 15% das neoplasias prostáticas são indolentes; 60% são “agressivas, mas curáveis se diagnosticadas a tempo”; e 25% são tumores avançados. A partir desses dados, argumentava que a tentativa de evitar intervenções nos 15% de pouca gravidade prejudicaria os outros 60% “portadores de tumores potencialmente curáveis e que deixarão de ser identificados no momento propício”³⁸.

Todo esse debate teve desdobramentos variados. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis cita a SBMFC dentre as entidades que suportam sua decisão de não promover o rastreamento e problematiza-lo junto aos homens que o buscam³⁹. A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul elaborou uma nota conjunta com o Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o TelessaúdeRS/UFRGS. Ela destaca as limitações e riscos do rastreamento e contraindica sua realização populacional sistemática como estratégia de saúde pública, mas recomenda o rastreamento individual em homens com fatores de risco para a doença – lembrando a inconsistência dos estudos que relacionam cor e câncer de próstata no Brasil⁴⁰. Já a Associação Médica Brasileira (AMB) reuniu sociedades de especialidades, como urologia, cancerologia e clínica médica, para assinar a recomendação de que todo homem, “particularmente com idade superior a 45 anos, procure regularmente (anualmente) o médico, a fim de que juntos discutam, e decidam sobre as medidas recomendadas, com seus benefícios, riscos e limitações”, em texto que valoriza a magnitude da doença e a importância do diagnóstico precoce⁴¹.

No sentido de promover uma decisão compartilhada e bem informada, o *National Health Service* (NHS) disponibiliza material informativo ao público leigo em sua página *NHS Choices*⁴², que pode servir de inspiração para iniciativas brasileiras semelhantes.

Recorrendo às evidências

Apesar do farto material institucional brasileiro e estrangeiro questionando o rastreamento populacional para o câncer de próstata, e das falas apontando que o Novembro Azul é uma campanha de *esclarecimento* sobre saúde masculina em geral, e que a decisão sobre rastrear ou não é do homem, o *folder* da campanha é bastante específico e prescritivo:

a única forma de garantir a cura do câncer de próstata é o diagnóstico precoce. Mesmo na ausência de sintomas, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 50 anos sem estes fatores, devem ir anualmente ao urologista para fazer o exame de toque retal [...], além de fazerem o exame de sangue. PSA⁴³

Do ponto de vista da metodologia científica, os estudos que avaliam o impacto de intervenções de rastreamento sobre a saúde são suscetíveis a vieses bem conhecidos, como o de tempo de duração, de seleção, de incidência-prevalência e de antecipação do tempo do diagnóstico⁴⁴. Uma análise pormenorizada desses vieses em estudos de rastreamento vai além do propósito deste artigo; mas é importante lembrar que os elementos metodológicos essenciais para atenuá-los são a utilização de ensaios clínicos randomizados e controlados, e da mortalidade (e não da sobrevida) como desfecho de interesse.

Na atualidade, existem dois grandes ensaios clínicos randomizados sobre o rastreamento do câncer de próstata: o *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC)⁴⁵; e o *United States Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO)⁴⁶. Segundo Barry⁴⁷, apesar do notório esforço dos autores desses estudos, pode haver, na melhor das hipóteses, evidência de uma discreta redução de mortalidade, que ocorre às custas de um significativo sobrediagnóstico e sobretratamento. Ele ressalta ainda que o que está em jogo não é verificar se o rastreamento é efetivo ou não, mas, sim, se ele traz mais benefícios do que danos.

No ERSPC, foram randomizados 182.160 homens em nove países. O procedimento de randomização, a faixa etária dos participantes do estudo, o ponto de corte de PSA estabelecido para indicar biópsia e a frequência do rastreamento variaram de forma marcante entre eles. A frequência com que foi realizado o rastreamento variou de dois anos, na Suécia, até sete anos, na Bélgica, e o ponto de corte de PSA variou de 2,5 a 10 ng/mL. A faixa etária predominante foi de 55 a 69 anos, mas na Suécia, por exemplo, foram incluídos homens com idade a partir de cinquenta anos. Em nenhum dos centros foram incluídos participantes com menos de cinquenta anos.

Após 13 anos de acompanhamento, a mortalidade por câncer de próstata no grupo submetido ao rastreamento foi 21% menor do que a mortalidade no grupo controle. Entretanto, essa diferença representa uma redução absoluta de 0,11 mortes por câncer de próstata para cada mil homens submetidos aos procedimentos de detecção precoce – uma diferença bastante pequena, especialmente, se considerarmos os danos relacionados ao *screening*.

Também é preciso considerar que, em alguns dos centros do estudo, o tratamento ao qual eram submetidos os participantes diagnosticados com câncer de próstata era diferente dependendo do braço em que se encontravam. Se comparado ao grupo de rastreamento, um participante no grupo controle tinha mais chances de receber radioterapia (Odds Ratio [OR] de 1,43, com intervalo de confiança de 95% [IC95%] variando de 1,01 a 2,05), tratamento hormonal (OR de 1,77, IC95% de 1,07 a 2,94) ou conduta expectante (OR de 2,92, IC95% de 1,33 a 6,42) do que ser submetido à prostatectomia radical. Com base no resultado de ensaios clínicos sobre o tratamento do câncer de próstata⁴⁸, é bastante razoável assumir que essa diferença de opção de tratamento aos participantes do ERSPC (favorecendo aqueles do grupo de rastreamento) pode ter sido o fator responsável pela diferença de mortalidade encontrada no estudo.

No PLCO, foram randomizados 76.693 homens com idade entre 55 a 74 anos. Portanto, assim como no ERSPC, não há uma análise do impacto do rastreamento na população de homens com menos de cinquenta anos de idade. O estudo foi realizado em dez centros de pesquisa nos EUA, que compartilhavam o mesmo protocolo: rastreamento anual e ponto de corte de 4,0 ng/mL para o PSA. Os procedimentos de randomização e a faixa etária dos participantes incluídos no estudo também não variaram entre os centros.

O PLCO não encontrou diferença entre o grupo submetido ao rastreamento e o grupo não submetido (Risco Relativo de 1,13, com IC95% de 0,75 a 1,70). A diferença absoluta na mortalidade, que também não foi estatisticamente significativa, foi de 0,05 mortes a mais para cada mil pessoas submetidas a rastreamento.

A principal crítica aos resultados do PLCO é que um número significativo de homens havia realizado rastreamento para câncer de próstata antes da inclusão no estudo, o que poderia representar um viés de seleção que favoreceria a hipótese nula – ou seja, seria menos provável que se encontrassem diferenças entre os grupos, pois os homens com alterações prévias no rastreamento não foram incluídos. Embora essa crítica seja coerente do ponto de vista metodológico, ela não se sustenta do ponto de vista prático – afinal, esse é o cenário que teríamos se não se adotasse o rastreamento universal.

Outras duas referências citadas pela SBU demonstram a preocupação de que a aplicação das recomendações da USPSTF levasse a desfechos negativos⁴⁹. Uma delas mostrou aumento na proporção de homens com PSA elevado, sem mudanças no *score* de Gleason, e mantendo a tendência de decréscimo na frequência de homens com estágios T elevados (T3 ou T4, tumores que ultrapassam a cápsula prostática). A proporção de homens com câncer de risco intermediário ou alto, antes estável, teve aumento de quase 3% ao ano entre 2011 e 2013⁵⁰. Outra pesquisa mostrou a diminuição dos diagnósticos de câncer de próstata de todos os tipos, enquanto os diagnósticos de câncer de cólon (sem mudanças de recomendação de rastreio no período) permaneceram estáveis. Diagnósticos novos de doença não localizada não sofreram alteração. O estudo comenta o dilema entre a diminuição do sobrediagnóstico e sobretratamento de cânceres de baixo risco ou em homens em idade muito avançada, e o risco de perda de oportunidade de tratar homens que se beneficiariam de tratamento oportuno⁵¹. Ambos foram estudos transversais de incidência, e nenhum deles foi capaz de relacionar o abandono do rastreamento e consequente diminuição de diagnósticos com aumento de mortalidade geral ou específica por câncer de próstata.

Finalmente, qualquer recomendação de rastrear apenas populações de risco – proposta que urologistas apresentam aqui e ali – não é fundamentada pelos atuais estudos. Pode ser que uma estratégia de rastreamento mais seletiva venha a se mostrar eficiente, mas, antes de alardear essa recomendação, são necessários ensaios clínicos desenhados especificamente para avaliá-la.

Outros argumentos

Argumentos afetivos, relatos pessoais e alguma confusão são esperados em debates sobre temas sensíveis como câncer, e não é diferente no que se refere ao rastreamento em questão.

Um desses argumentos é apontar que o olhar de um especialista focal e de um generalista são diferentes, ao mesmo tempo em que se confunde essa diferença com uma 'superioridade'. A formação do primeiro é quase toda em ambiente hospitalar, lidando com pessoas com recortes muito pronunciados de idade, doença e gravidade. Sua prática profissional reflete essa formação e vivência, e a indicação de exames de rastreamento por esses profissionais reflete os casos graves que atendem e as histórias de 'diagnósticos inesperados' que testemunham. Entretanto, seja na clínica privada (onde o acesso ao especialista focal é a regra), seja no Sistema Único de Saúde (quando falha em resolutividade ou regulação), essa prática especializada acaba se dirigindo ao indivíduo comum, proveniente de uma população onde predomina a saúde, e não a doença (muito menos suas formas graves). Nela, os valores preditivos positivos de testes diagnósticos são menores, e a parcela de resultados falsos-positivos, maior^{28,52}. Além disso, devemos lembrar que detectar um fator de risco assintomático ou diagnosticar uma doença em etapas menos avançadas nem sempre significa menor risco de morrer, ou, mesmo, de morrer da doença investigada⁵³.

Uma forma comum de desqualificar o debate em medicina preventiva e saúde pública é confundir 'precaução' com 'economia', ou 'racionalidade' com 'racionamento'. Seguir recomendações com boa evidência, normalmente, diminui gastos porque elas costumam ser menos intervencionistas e mais seletivas que os consensos de especialistas – sobretudo, ao não envolverem conflitos de interesse. Nesse sentido, é importante notar que a campanha Novembro Azul e o ILLPV têm, entre seus parceiros, companhias como Bayer, Eurofarma, Janssen e Abbott⁵⁴, e que empresas do complexo médico industrial, regularmente, patrocinam e participam de congressos de urologia^{55,56}. Conflitos de interesse podem não ser suficientes para que se ignorem recomendações de especialistas, mas sua presença exige cuidado redobrado em sua interpretação^{37,57}.

Se não pela próstata, como cuidar dos homens?

A crítica ao Novembro Azul e ao rastreamento que propõe não resolve o desafio que a saúde masculina representa para serviços preocupados com integralidade e equidade. Diversos autores demonstram que entender os comportamentos masculinos relacionados à saúde e contemplar a dimensão de gênero ajuda a explicar a maior mortalidade, a menor adesão a medidas preventivas e a menor frequência a serviços de saúde na população masculina⁵⁸.

Schraiber et al.⁵⁹, por exemplo, referem que, em geral, o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros não são questões colocadas na socialização dos homens. Além disso, há uma associação do 'ser homem' à resistência à doença, menor cuidado de si, às práticas sexuais de risco (pelo maior número de parceiras, identificação de uma falsa autoproteção e associação entre masculinidade e virilidade), e ao papel de provedor e trabalhador inescotável – âmbito no qual assume tarefas mais perigosas e toma menos medidas de proteção individual. Outras pesquisas brasileiras discutem características e dificuldades na relação entre homens e serviço de saúde⁶⁰; avaliam as políticas públicas voltadas para essa população⁶¹; e abordam a medicalização do corpo e da sexualidade masculinos^{56, 62}.

Cuidar da saúde dos homens passa por oferecer-lhes intervenções ética e cientificamente aceitáveis, como abordagem do etilismo e tabagismo e medida anual de pressão arterial⁵³. Parece estar claro que o rastreamento do câncer de próstata não deve ser estimulado, mas os profissionais devem ser capazes de discutir prós e contras com homens que busquem esse procedimento.

Entretanto, é igualmente importante organizar os serviços de saúde para atender às características e demandas dessa população, evitando posturas culpabilizadoras e olhares estereotipados⁶⁰, e enxergando os homens para além da próstata⁶³. Além disso, abordagens campanhistas, verticais e reducionistas podem não ser estratégias profícuas e costumam falhar em integralidade e continuidade⁶⁴.

O debate sobre o Novembro Azul e o rastreamento do câncer de próstata desencadeado pelo posicionamento da SBMFC reuniu diversos atores ao redor de uma intervenção corriqueira para profissionais e usuários, ampliando, conseqüentemente, o interesse na saúde dos homens. Essa discussão e sua publicização são fundamentais para os profissionais que, 'na ponta', são agentes de um cuidado integral para essa população. Mais ainda, a partir de um *screening* específico, foi possível alertar sobre os limites da medicina e da prevenção em geral, contribuindo para a horizontalização das relações terapêuticas e o fortalecimento da autonomia das pessoas.

Colaboradores

Antônio Modesto idealizou e fez o primeiro esboço do texto; Rodrigo Lima cuidou da contextualização histórica e do papel da SBMFC; Ana D'Angelis resgatou as inserções da SBMFC na mídia e trouxe a discussão sobre mídia e saúde; e Daniel Knupp contribuiu com a discussão sobre os estudos científicos e seus vieses. Os três autores e a autora participaram ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Garone A. Healthier men, one moustache at a time [Internet]. 2012 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: https://www.ted.com/talks/adam_garone_healthier_men_one_moustache_at_a_time/transcript.
2. United States of America. Senate Resolution 138: a resolution designating the month of September 2001 as "National Prostate Cancer Awareness Month" [Internet]. 2001 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/107th-congress/senate-resolution/138>.
3. Instituto Lado a Lado pela Vida. Novembro azul: a campanha [Internet]. s.d. [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.novembroazul.com.br/novembro-azul/a-campanha/>
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
5. Instituto Nacional de Câncer. Atlas on-line de mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 7 Ago 2016]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>.
6. Fernandes G, Assed D, Smaletz O. Alvo masculino [Internet]. 2015 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.sboc.org.br/alvo-masculino/>.
7. Sociedade Brasileira de Urologia. Por que devo fazer o exame de próstata aos 50 anos? [Internet]. Rio de Janeiro: SBO; 2015 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/faq/por-que-devo-fazer-o-exame-da-prostata-aos-50-anos/>.

8. Oliveira M. Contribuição para consulta pública n. 33: diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata [Internet]. 2015 [citado 22 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/1263018-Contribuicao-para-Consulta-Publica-no-33/>.
9. Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012; 157:120-34. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459>.
10. United Kingdom National Screening Committee. The UK NSC recommendation on Prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50 [Internet]. 2016 [citado 27 Mar 2016]. Disponível em: <http://legacy.screening.nhs.uk/prostatecancer>.
11. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013 [citado 13 Mar 16]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010: Rastreamento de câncer de próstata. Cap.9.3, p. 73-5: (Série A. Normas e manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n.29).
13. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Comunicado aos(as) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul [Internet]. 2015 [citado 10 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>.
4. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa [editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):v-vi. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
5. Srougi M. Tumores urogenitais. In: Srougi M, editor. *Urologia básica*. Barueri: Manole; 2006. Cap. 6.
6. Holland W. Screening for disease – considerations for policy. *Euro Observer.* 2006; 8(3):1-8.
7. Dall'Oglio MF, (coordenador). Diretrizes de câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU – Sociedade Brasileira de Urologia; 2011. Rastreamento do Câncer de Próstata; p. 11-8.
8. Nardi AC, Pompeo ACL, Faria EF, Guimarães GC, Calixto JR, Ponte JRT, et al. Câncer de próstata: diagnóstico [Internet]. 2013 [citado 6 Maio 2015]. Disponível em: http://www.sbu.org.br/pdf/diretrizes/novo/cancer_de_prostata_diagnostico.pdf.
19. Ablin RJ. The great prostate mistake. *The New York Times* [periódico online]. 2010 [citado 22 Ago 2014]. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html>.
20. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Ver.* 2013; 1:CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul. Nota técnica conjunta 01/2015 [Internet]. 2015 [citado 4 Nov 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/ms_poe_saude_do_homem_em_destaque.
22. Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade em Vigilância e Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. Posicionamento do Ministério de Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto Novembro Azul [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/76/Nota_t_cnica_-_PNAISH_-_Novembro_Azul.pdf.

23. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Novembro Azul 2015 [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9710/?Novembro_Azul_2015.
24. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015; 4:61-4. doi: <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>.
25. Leavell H, Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
26. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):63-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>.
27. Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v.1, cap. 24, p. 205-11.
28. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>.
29. Colluci C. Exame da próstata não faz o homem viver mais. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2015/11/1701652-exame-da-prostata-nao-faz-o-homem-viver-mais.shtml>.
30. TV Folha. Médicos debatem diagnóstico e tratamento do câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 16]:69 min. Disponível em: <http://aovivo.folha.uol.com.br/2015/11/13/4470-m.shtml>.
31. Colluci C, Miotto R. Exame de rotina contra câncer de próstata gera “guerra” entre médicos. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2015 [citado 11 Jan 2016]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2015/11/1709416-exame-de-rotina-contra-cancer-de-prostata-gera-guerra-entre-medicos.shtml>.
32. Meireles L. Rastrear câncer é perigoso. *Correio da Paraíba*. 11 Nov 2015; Saúde:B2.
33. Freire M. Entre riscos e benefícios. *O Povo (Ceará)*. 15 nov 2015. p. 4.
34. *Jornal Nacional*. Exames para o câncer de próstata dividem opiniões entre especialistas [Internet]. 15 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: <http://migre.me/scPHw>.
35. Lopes B. *Saúde e imprensa*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 1997.
36. Hansen JH. *Como entender a saúde na comunicação?* São Paulo: Paulus; 2004.
37. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002; 324:886-91.
38. Srougi M. Com prevenção, maioria sobrevive a câncer de próstata. *Folha de São Paulo* [Internet]. 2015 [citado 31 Dez 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/11/1706927-com-prevencao-maioria-sobrevive-a-cancer-de-prostata.shtml>.
39. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Capital lembra saúde do homem em novembro [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=15733> [3 telas].
40. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Nota conjunta sobre rastreamento de câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9736/?Nota_conjunta_sobre_rastreamento_de_C%C3%A2ncer_de_Pr%C3%B3stata. 4 telas. Acesso em 1 de fevereiro de 2016.

41. Associação Médica Brasileira. Nota oficial – Diagnóstico precoce do câncer de próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://amb.org.br/noticias/nota-oficial-diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata/>.
42. National Health System. Should I have a PSA test? [Internet]. 2015 [citado 7 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/livewell/prostatehealth/pages/psa-test.aspx>.
43. Instituto Lado a Lado pela Vida. Folder Novembro Azul 2015 [Internet]. 2015 [citado 12 Jan 2016]. Disponível em: http://portaldaurologia1.tempsite.ws/wp-content/uploads/2015/10/folder_nov_azul_2015.pdf.
44. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. 3a ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2014. Cap. 4, p. 109-52.
45. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014; 384(9959):2027-35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60525-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60525-0).
46. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104(2):125-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djr500>.
47. Barry MJ. Screening for prostate cancer - the controversy that refuses to die. *N Engl J Med*. 2009; 360(13):1351-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe0901166>
48. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med*. 2012; 367(3):203-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1113162>.
49. Sociedade Brasileira de Urologia. SBU esclarece rastreamento do Câncer de Próstata [Internet]. 2015 [citado 01 Fev 2016]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/destaques/saiba-mais-sobre-psa-e-toque-no-cancer-de-prostata/>.
50. Hall MD, Schultheiss TE, Farino G, Wong JYC. Increase in higher risk prostate cancer cases following new screening recommendation by the US Preventive Services Task Force (USPSTF). *J Clin Oncol*. 2015; 33 Supl 7:143.
51. Barocas DA, Mallin K, Graves AJ, Penson DF, Palis B, Winchester DP, Chang SS. Effect of the USPSTF Grade D Recommendation against Screening for Prostate Cancer on Incident Prostate Cancer Diagnoses in the United States. *J Urol*. 2015; 194(6):1587-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2015.06.075>.
52. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005; 35(2):95-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13071916>.
53. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento de doenças. In: Gusso GDF, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, cap. 61, p. 521-32.
54. Instituto Lado a Lado pela Vida. Ser Homem/Novembro Azul [Internet]. s.d. [citado 02 Fev 2016]. Disponível em: <http://www.novembroazul.com.br/>.
55. Sociedade Brasileira de Urologia. XXXV Congresso Brasileiro de Urologia [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cbu2015.com.br/>.
56. Rohden F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2645-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000014>.
57. Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet*. 2002; 360(9343):1405-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11394-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11394-8).

58. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50:1385-401. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1).
59. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):7-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>.
60. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):257-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.
61. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2607-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.
62. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.
63. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. "Eu não sou uma próstata, sou um homem!": por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 39-74.
64. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. Cap.

Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Un noviembre no tan azul: debate del rastreo del cáncer de próstata y salud del hombre. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):251-62.

La campaña Noviembre Azul, promovida en Brasil por el Instituto Lado a Lado por la Vida en alianza con la Sociedad Brasileña de Urología, busca alertar sobre el cáncer de próstata e incentivar el rastreo de la neoplasia. No obstante, las investigaciones internacionales han mostrado que tal rastreo causa más daños que beneficios. Comprometida con el concepto de prevención cuaternaria, la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad cuestionó públicamente la campaña y su propuesta en 2015. Esta revisión narrativa discute este posicionamiento y su repercusión, analizando críticamente los argumentos favorables y contrarios al rastreo. A partir de ese punto, discutimos algunos límites de la prevención, comentamos la relación entre los medios y la salud y reflexionamos sobre acciones más adecuadas para el cuidado de los hombres, con base en: estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas, documentos institucionales, reportajes e investigaciones cualitativas. Tal debate ayuda a promover un cuidado integral para la población masculina.

Palabras clave: Salud del hombre. Programas de rastreo. Neoplasias de próstata. Prevención cuaternaria.

Submetido em 06/05/16. Aprovado em 08/09/16.

A relação entre o complexo industrial e as comunidades científicas: o desafio em tempos de *filter bubble*

The relationship between the industrial complex and the scientific communities:
the challenge in filter bubble times

La relación entre el complejo industrial y las comunidades científicas:
el desafío en los tiempos de filter bubble

Alfredo de Oliveira Neto^(a)

Agradeço à Interface por compor o corpo de debatedores deste artigo mais que necessário por tratar de um assunto imprescindível para profissionais, gestores de saúde e, principalmente, para a população. O rastreamento do câncer de próstata é um ótimo exemplo para se discutir prevenção quaternária, medicalização, cuidado e modos de apropriação do conceito de risco pelo mercado da saúde. No entanto, devido a análises já conhecidas no campo da saúde coletiva em relação a esses temas, tentarei contribuir para o debate a partir de dois eixos: o acúmulo do *science studies* sobre a relação do complexo industrial com as comunidades científicas e algumas categorias de análise da sociologia da internet, como o *filter bubble* e o viés da confirmação.

A produção do conhecimento científico vem obedecendo às regras do mercado e, ao mesmo tempo, sustentando cientificamente o próprio mercado. Essa autorregulação produz barreiras para a distribuição do acúmulo de tecnologias para a maioria da população e cria uma forma de se fazer ciência desatrelada às demandas sociais.

Apenas no século XX a hipótese de que existem outras motivações subjacentes, e muitas vezes determinantes, para além do puro interesse intelectual dos cientistas na produção de pesquisas vem sendo investigada e, como era de se esperar, confirmada.

Para Knorr-Cetina¹, pesquisadora seminal desse campo, existiria sim semelhanças entre a vida social e a vida científica. Apesar de os cientistas sociais não dominarem um determinado tipo de ciência, por exemplo, a biofísica, não quer dizer que não se poderia compreender determinantes que influenciam o resultado das pesquisas biofísicas para além da biologia e da física. O fato de as comunidades científicas serem socialmente construídas corrobora para o entendimento de que, apesar da necessária impessoalidade do cientista no decorrer de suas pesquisas, seus valores e interesses acabam “vazando” no decorrer do processo. O mesmo se aplica para os valores e interesses das próprias comunidades científicas que também se relacionam com outros agrupamentos sociais, não necessariamente de cientistas.

^(a) Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Av. Prof. Manuel de Abreu, 444, 2º andar, Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-170. oalfredoneto@gmail.com

Essas conexões, chamadas por Knorr-Cetina de transepistêmicas, seriam o caminho-chave para se abrir a “caixa-preta” dos estudos sociais sobre a produção do conhecimento.

Tendo-se como precursor Thomas Kuhn, surge um novo campo de estudos sobre a ciência, o *science studies* (no Brasil, estudos sociais sobre a ciência), que utiliza elementos da história, sociologia e filosofia da ciência. Além da Knorr-Cetina, despontam nesse campo Harry Collins, Steve Shapin, Andrew Pickering, Ian Hacking e Bruno Latour.

Torna-se importante notar o quanto que o raciocínio científico dentro de um laboratório está imbricado com o raciocínio econômico. Segundo Knorr-Cetina, palavras como “risco”, “custos” e “vendas” estão no cotidiano dos cientistas. Alguns exemplos tornam mais evidentes essa relação:

- . Objetos científicos podem ser inventados graças à fascinação dos cientistas por uma tecnologia rara e dispendiosa, ou descartados caso não estejam envolvidos com tecnologias de ponta, de altos custos ou da moda.

- . A sociedade não seleciona e prioriza os temas que precisam ser pesquisados. Isso geralmente ocorre por meio das demandas das agências financiadoras, que possuem muitos conflitos de interesses não declarados e pouca transparência em relação aos processos decisórios.

Para a sociologia do conhecimento científico, a pouca transparência das etapas científicas e a seleção de quais pesquisas, e com qual linguagem, serão informadas ao grande público pela mídia levam ao encantamento popular da ciência como espaço ilusório para gênios privilegiados. A preocupação é quando essa seleção e influência ficam a cargo das indústrias na saúde².

Segundo Goldacre³, em algumas ocasiões há o interesse de publicar apenas uma parte da pesquisa, sendo essa parte aquela que possui principalmente maior inclinação comercial, por meio de acordos entre mídias e companhias farmacêuticas. Além disso, quanto mais famoso se torna o cientista, menos preocupações éticas serão destinadas para avaliar as etapas e as relações de interesse de suas pesquisas.

Em 2002, a Universidade da Califórnia montou uma biblioteca virtual, a *Industry Documents Library*, onde há milhões de documentos das indústrias de tabaco, farmacêutica e química. A *Legacy Tobacco Documents Library* possui 14 milhões de documentos das indústrias de tabaco sobre estratégias de venda, marketing e campanhas desde antes da década de 1950^(b). Esse imenso arquivo de dados vem possibilitando a compreensão de quais artimanhas eram escolhidas para não se perder mercado diante do resultado de grandes estudos epidemiológicos relacionando cigarro a doenças cardiovasculares e cânceres.

A falta de informações ou seu excesso geram dúvidas no consumidor. É justamente a dúvida que leva a ações precipitadas. As indústrias de tabaco já sabiam dos malefícios do cigarro muito antes da população. A estratégia foi a criação de um grupo de cientistas e jornalistas renomados com o objetivo de produzir argumentos contrários e pesquisas falsas, no intuito de gerar dúvidas na população em relação à veracidade dos estudos relacionando cigarro a doenças e mortalidade. A contratação desses profissionais se dava pelo *Tobacco Institute*, um órgão de produção científica e planejamento de marketing, e pelo *The Advancement of Sound Science Coalition*, este último criado em resposta após a *Environmental Protection Agency*, agência americana de proteção ao meio-ambiente, ter iniciado uma forte campanha sobre os malefícios dos riscos ao fumante passivo.

^(b) Disponibilizadas em: <http://legacy.library.ucsf.edu/>.

Outra estratégia se dava por meio do financiamento a ONGs que lutavam a favor da liberdade individual. A britânica *Freedom Organization for the Right to Enjoy Smoking Tobacco* foi criada e patrocinada pela *British Tobacco Advisory Council*, órgão que reúne as indústrias de tabaco do Reino Unido^{4,5}.

Trago a discussão desse campo e exemplos de pesquisas para encorajar pesquisadores brasileiros interessados em conhecer as estratégias das indústrias farmacêuticas e de tecnologia diagnóstica para a América do Sul e o Brasil.

Outro ponto que trago para o debate é o conceito de *filter bubble* e o viés da confirmação.

Algoritmos criados por sites de busca, principalmente o Google, e por redes sociais, especialmente o Facebook, permitiram que a aldeia global, contraponto de McLuhan à cultura de massas, fosse reduzida a uma bolha com sujeitos que defendem, pensam e gostam dos mesmos temas e produtos político-culturais. Tais filtros criados na arquitetura de software possuem o objetivo de facilitar a venda para anunciantes por nichos do mercado, dependendo do posicionamento político ou gosto estético do internauta. Esse mecanismo produz uma identidade de pertencimento e conforto, pois cada vez menos as pessoas são expostas a pontos de vista conflitantes aos seus e, cada vez mais, amigos e mecanismos de busca reforçam suas ideias preexistentes⁶.

Já o viés da confirmação é a capacidade de acreditar e interpretar apenas o que reforça essas ideias preexistentes, independente da evidência argumentativa, legal ou científica expressa no texto, no áudio ou no vídeo mostrando justamente o contrário. Inicialmente estudada pela psicologia na década de 1950 entre torcedores de times de futebol americano distintos, ou seja, uma população culturalmente polarizada, o viés da confirmação vem sendo pesquisado no campo da sociologia da internet. A hipótese é que o *filter bubble* amplia o viés da confirmação, expandindo a polarização e diminuindo a capacidade de diálogo^{6,7}.

Apesar de existirem evidências epidemiológicas para o não rastreamento da próstata em homens assintomáticos, se a interpretação de análises como risco absoluto e relativo, além da identificação de vieses nas etapas de pesquisas, é um desafio até para médicos, quanto mais para a população em geral de um país com acentuada desigualdade de acesso a uma educação de qualidade. Segundo Camargo Jr.⁸, o fato de as pessoas conhecerem as medidas preventivas não quer dizer que saibam na prática, por exemplo, o conceito de probabilidade.

Além disso, a ilusão de que uma sociedade se beneficiaria se cada um “tomasse conta” da sua saúde desestabiliza o princípio de equidade, ignora dados epidemiológicos e socioeconômicos e permite que demandas de saúde sejam amplamente distorcidas pelo complexo médico-industrial, amparados pela mídia.

Após a leitura do artigo torna-se tentador que futuras análises se debrucem, por exemplo, nas relações do Instituto Lado a Lado Pela Vida e das sociedades de urologia com o complexo médico-industrial, por meio da análise de *filter bubble* e do viés da confirmação em postagens e comentários nas redes sociais.

Referências

1. Knorr-Cetina KD. Scientific communities or transepistemic arenas of research? a critique of quasi-economic models of science. *Soc Stud Sci.* 1982; 12(1):101-30.
2. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(1):190-6.
3. Goldacre B. *Bad science.* London: Harper Perennial; 2009.

4. Michaelis D. Doubt is their product: how industry's assault on science threatens your health. Oxford: Oxford University Press; 2008.
5. Oreskes N, Conway EM. Merchants of doubt: how a handful of scientists obscured the truth on issues from tobacco smoke to global warming. New York: Bloomsbury Press; 2010.
6. Pariser E. O filtro invisível: o que a internet está escondendo de você. Rio de Janeiro: Zahar; 2012.
7. Nikolov D, Oliveira DFM, Flammini A, Menczer F. Measuring online social bubbles. PeerJ Comp Sci. 2015; 1:38.
8. Camargo Júnior KR. Entrevista. In: ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: 25 anos. Rio de Janeiro: Boletim ABIA; 2012. v. 58.

Submetido em 03/05/17. Aprovado em 15/05/17.

¿Noviembre azul? En ningún caso.

Blue november? In no case.

Novembro azul? Em nenhum caso.

Juan Gérvas^(a)

El texto sobre “Um novembro não tão azul”¹ es excelente, pero no es contundente. El programa de cribado de cáncer de próstata carece de fundamento científico y nunca se debería ofrecer como tal a toda la población de varones de 55 a 69 años (en otros grupos de edad no hay ni siquiera ensayos clínicos).

Para evaluar un programa de cribado (screening) de cáncer de próstata se necesitan cuatro datos:

- 1) la mortalidad por cáncer de próstata (es de esperar una disminución de la misma),
- 2) la calidad de vida de los pacientes sometidos al programa de cribado de cáncer de próstata (es de esperar una mejora de la calidad de vida),
- 3) la mortalidad general por cáncer (es de esperar una disminución de la misma), y
- 4) la mortalidad global, por todas las causas (es de esperar una disminución de la misma)²⁻⁴.

El dato clave es el cuarto, el de la disminución de la mortalidad global, pues pudiera ser que el programa del cribado de cáncer de próstata disminuyera la mortalidad por dicho cáncer, que disminuyera la mortalidad general por cáncer y que incrementara la calidad de vida de los sometidos al programa pero que tuviera efectos adversos varios que llevasen al incremento de la mortalidad global. Si no disminuyese la mortalidad global el programa del cribado del cáncer de próstata sería un fracaso.

Pues bien, ningún programa de cribado de cáncer de próstata ha disminuido nunca la mortalidad global (ni ha aumentado la calidad de vida)^{5,6}. De hecho, ningún programa de cribado de cáncer ha disminuido la mortalidad global⁷. Es decir, todos los cribados de cáncer han fracasado y deberían ser abandonados⁸, como se ha abandonado el cribado del neuroblastoma⁹.

En el mejor de los casos, en los ensayos clínicos en que se ofrece atención y seguimiento óptimos, un varón de 55 años integrado en un programa de cribado de cáncer de próstata con detección del PSA durante diez años verá disminuir su riesgo de muerte por cáncer de próstata del 0,6% al 0,5% (0,1% en riesgo

^(a) Departamento Salud Internacional, Escuela Nacional de Salud Pública. Madrid, España. jjgervas@gmail.com

absoluto, 20% en riesgo relativo). Dicho varón tendrá un 10% de probabilidad de ser diagnosticado de cáncer de próstata gracias al programa de cribado, pero un 20-50% de esos cánceres hubieran sido silentes (in situ, sin dar nunca metástasis). Como consecuencia del tratamiento, dicho varón tendrá un 75% de posibilidades de padecer incontinencia urinaria, impotencia sexual o ambas¹⁰, lo que implica una grave disminución de la calidad de vida.

Se desconoce el impacto del tacto de próstata, que no se recomienda en ningún caso como parte de un programa de cribado de cáncer de próstata. Se desconoce el impacto del programa de cribado de cáncer de próstata en las condiciones “reales” de la práctica diaria.

Entre los grupos de riesgo se incluyen los varones negros y aquellos con familiares con cáncer de próstata. Puesto que la determinación del PSA lleva a mayor probabilidad de diagnóstico de cáncer de próstata, la recomendación de considerar grupo de riesgo a los varones que tengan familiares con cáncer de próstata sólo contribuye a crear una bola de nieve que crece sin cesar de varones diagnosticados de cáncer de próstata (sin impacto en la mortalidad global).

Por todo ello, es absurdo el “noviembre azul” y si interesa la salud de los varones habría que preocuparse todo el año por sus riesgos laborales, por los suicidios, por la violencia, por el tabaquismo y otras drogo-dependencias y en general por las condiciones socio-laborales que hacen que su expectativa de vida sea mucho menor que la de la mujer.

Referencias

1. Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface (Botucatu)*. In press. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>
2. Gigerenzer G. Full disclosure about cancer screening. *BMJ*. 2016; 352:6967.
3. Prasad V, Lenzer J, Newman DH. Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it. *BMJ*. 2016; 352:6080.
4. Gervas J. Ovarian cancer screening: could you recommend it? *Evid Based Med*. 2016; 21(4):134-5.
5. Dahm P, Neuberger M, Ilic D. Screening for prostate cancer: shaping the debate on benefits and harms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 9:ED000067.
6. Prasad V. The new recommendations for prostate cancer screenings are a bad deal [Internet]. 2017 [citado 12 Abr 2017]. Disponível em: <https://www.statnews.com/2017/04/11/psa-screening-prostate-cancer/>.
7. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol*. 2015; 44(1):264-77.
8. Gervas J, Fernández MP. Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit*. 2013; 27(4):372-3.
9. Tsubono Y, Hisamichi S. A halt to neuroblastoma screening in Japan. *N Engl J Med* 2004; 350(19):2010-1.
10. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ. The US preventive services task force 2017 draft recommendation statement on screening for prostate cancer: an invitation to review and comment. *JAMA*. 2017; 317(19):1949-50.

Submetido em 17/04/17. Aprovado em 15/05/17.

Campanha demais e informação de menos

Too much campaigning, too little information

Mucha campaña, poca información

Mônica de Assis^(a)

Um clarão em um jogo de sombras. O artigo de Modesto et al. deve ser saudado por ajudar a preencher o vazio informativo que, contraditoriamente, abate-se sobre a sociedade em meio a campanhas de conscientização coloridas, ricas em estratégias e frágeis em suas bases de conhecimento.

De fato, a pesquisa sobre o rastreamento do câncer de próstata não conseguiu, até o momento, estabelecer um balanço favorável entre os benefícios de se fazer exames periódicos para detectar a doença em homens sem sintomas e os riscos e danos envolvidos no processo. Por essa razão, não é recomendado que se organizem programas para convocar a população a fazer toque retal e Antígeno Prostático Específico (PSA). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o rastreamento do câncer – realização periódica de exames em população assintomática – é recomendado apenas para três localizações: colo do útero, mama e colorretal¹.

Os homens que desejam fazer esses exames devem ser orientados sobre a existência de duas faces da moeda: identificar precocemente um tumor e aumentar as chances de tratamento e, ao mesmo tempo, correr o risco de encontrar um tumor indolente, que não ameaçaria a vida e incorreria em riscos relacionados à intervenção diagnóstica e ao tratamento.

Por essa razão, a importância de esclarecer os homens sobre potenciais benefícios e riscos é bem estabelecida na literatura e orienta a produção de materiais informativos em muitos países do mundo. Trata-se de uma premissa ética que impõe a necessidade de subsidiar os homens na decisão quanto a realizar ou não os exames, de maneira informada, exercendo sua autonomia.

É essa preciosa informação a grande ausente da campanha Novembro Azul, assim como também ausente da sua inspiradora mais famosa – o Outubro Rosa – que, guardadas as devidas diferenças, sofre, de modo geral, do mesmo tipo de omissão ao não abordar a existência de riscos e benefícios no rastreamento mamográfico, nem a sua modesta contribuição na redução da mortalidade por câncer de mama.

De fato, não é simples desconstruir algo tão plantado em corações e mentes, como o valor de se fazer exames supostamente “preventivos” para manter a

^(a) Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Praça Cruz Vermelha, 23, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20230-130. massis@inca.gov.br

saúde e nos “livrar”, um pouco que seja, da ameaça do câncer. Se é possível observar que parte da população se mantém alheia a esse tipo de chamado, por dificuldades de acesso ou por acreditar que é melhor “não mexer no que está quieto”, uma outra parte adere firmemente a práticas relacionadas à ideia de *check up*, jamais imaginando que possam ser eventualmente inúteis ou implicar riscos. Daí a relevância da noção de prevenção quaternária, didaticamente recuperada no artigo, tão necessária, mas ainda pouco presente na prática dos profissionais de saúde. Não precisamos de qualquer intervenção, mas aquelas necessárias e que podem fazer diferença. No dizer de Gérvas, cuidados de baixa intensidade e grande qualidade², que possam contribuir para reduzir o acrítico e nefasto consumismo médico.

Reconhecer que ações em saúde podem, em certas situações, fazer mais mal do que bem, ou que o bem e o mal andam juntos e misturados, implica também rever as formas de comunicação com a população sobre a detecção precoce do câncer, especialmente quanto ao rastreamento. É preciso transitar de uma fala redentora e invariavelmente otimista para, sem deslocar o valor devido à detecção precoce, trazer para o debate os limites e riscos envolvidos, de forma honesta e esclarecedora. Tal é o dilema comunicacional contemporâneo, seja na prática clínica orientada por uma abordagem integral, seja na produção de materiais educativos, impressos e audiovisuais: traduzir razoavelmente, de modo culturalmente acessível, os limites e alcances da ciência, a partir da escuta das necessidades e interesses das pessoas. Como o artigo comenta, há caminhos trilhados em vários países na direção de valorização da autonomia e da decisão informada, enquanto no Brasil esse é ainda um campo incipiente e que urge crescer.

Infelizmente não será isso o que exatamente se pode esperar de organizações não governamentais criadas para facilitar o acesso do público à informação sobre saúde. Por sofrerem o viés de seus apoiadores, via de regra expoentes da indústria farmacêutica, suas campanhas informativas acabam ganhando o tom a eles conveniente. Importante, portanto, reiterar o alerta para olhar com cuidado o conhecimento atravessado por conflito de interesses na área da saúde, no qual a mídia se insere também como agente “desinteressado”, porém, visceralmente comprometido com oferta e venda de produtos e ideias que sustentam uma saúde mercantil e medicalizadora, afastada da perspectiva de direito social³.

Por fim, ressalta-se o acerto dos autores ao chamar a atenção para a saúde dos homens, muito além da próstata e do mês de novembro. O cuidado integral a essa população é tema da maior relevância e, de fato, exige abordagens mais ricas e estratégias inovadoras. Facilidade de acesso, comunicação apropriada e construção de vínculo certamente poderão contribuir bem mais na construção do cuidado aos homens do que avalanches informativas pontuais, focadas e omissas.

Na era tecnológica, em que a informação circula velozmente por uma infinidade de canais, a inundação de mensagens incompletas e tendenciosas torna-se um clássico exemplo da “precariedade do excesso”⁴ dos tempos atuais.

Esperamos que esse grito pela saúde do homem e a sinalização para a complexidade envolvida na atenção às suas demandas, muitas vezes ocultas e permeadas por questões socioculturais e de gênero⁵, possa ecoar e fazer crescer o contraponto à lógica campanhista historicamente arraigada no cenário da política de saúde brasileira. Se for irreversível o Novembro Azul, que seja tomado como oportunidade de ressignificá-lo para promover mais debates e qualificação do cuidado à saúde dos homens.

Referências

1. Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol.* 2015; 39 Supl 1: 1-10.
2. Gérvas J. Moderación em la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria em España. *Gac Sanit.* 2006; 20 Supl 1:127-34.
3. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
5. Modesto AAD. Busca por avaliação de próstata, disfunção erétil e demanda oculta de homens na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.

Submetido em 03/05/17. Aprovado em 15/05/17.

Réplica

Reply

Réplica

Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto^(a)

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima^(b)

Ana Carolina D’Angelis^(c)

Daniel Knupp Augusto^(d)

50 tons de azul

Ficamos felizes por ver nosso texto na seção Debates da Interface – Comunicação, Saúde e Educação e mais ainda com os comentários tão pertinentes dos convidados. Juan Gérvas lembrou aos leitores das certezas que precisamos ter para implementar um exame de rastreamento e trouxe dados mostrando como, no caso do rastreamento de câncer de próstata, elas não existem – e as que existem contraindicam o exame. Mônica de Assis agregou o olhar do Instituto Nacional de Câncer (Inca), que vem estudando o tema e difundindo os problemas do rastreio há anos. Alfredo Neto contribuiu com a perspectiva dos estudos sociais sobre a ciência (os *science studies*) e da sociologia da internet (como o *filter bubble* e o viés de confirmação), que analisam como, em suas palavras, “[...] a produção do conhecimento científico vem obedecendo às regras do mercado e, ao mesmo tempo, sustentando cientificamente o próprio mercado”.

Em abril de 2017, entre a aprovação do artigo original e o recebimento dos comentários, a United States Preventive Services Task Force (USPSTF) abriu consulta pública para revisão de seu posicionamento¹. O órgão está considerando mudar sua recomendação de “contra rastreamento de câncer de próstata com PSA” (grau de recomendação D) para “informar homens de 55 a 69 anos sobre potenciais benefícios e riscos” desse tipo de rastreio (grau de recomendação C) – em outras palavras, individualizar a decisão. Ainda é uma *draft recommendation*, um rascunho de recomendação, embora urologistas brasileiros logo tenham noticiado que a USPSTF havia “voltado atrás” em sua posição².

As grandes pesquisas que embasam essa discussão continuam sendo a European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)³ e a United States Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO)⁴. O benefício do rastreamento, se houver, continua sendo modesto. Perez et al.⁵ comparam grupos de pacientes antes e depois do posicionamento de 2012 e concluíram que ele:

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. aadmodesto@gmail.com

^(b) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal, DF, Brasil. rblima@gmail.com

^(c) RS Press. São Paulo, SP, Brasil. anadangelis@rspress.com.br

^(d) Unimed Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. knupp.bh@gmail.com

"[...] não afetou o número ou as características clínicas de pacientes encaminhados a um centro terciário por PSA elevado. Depois da recomendação, urologistas aumentaram a solicitação de PCA3 [gene associado ao câncer de próstata] e repetição do PSA e recomendaram menos biópsias na visita inicial. A fração de pacientes que finalmente receberam uma biópsia permaneceu a mesma" (p. 85).

Isso parece traduzir uma preocupação maior na indicação das biópsias, consequência, a nosso ver, muito positiva. Bhindi et al.⁶ também estudaram as mudanças nas taxas de biópsias e detecção de câncer (nesse caso, entre outubro de 2008 e junho de 2013), encontrando uma diminuição nas biópsias em geral e de primeira vez (relacionada provavelmente à menor solicitação de PSA), com menos diagnósticos de câncer. Os autores destacam que a diminuição no diagnóstico de cânceres de baixo risco é encorajadora, mas preocupam-se com a diminuição simultânea dos diagnósticos de cânceres com *score* de Gleason 7-10, que se beneficiariam de um tratamento radical. Nada se pode afirmar, no entanto, como isso altera a parcela de doença metastática ou na mortalidade por câncer de próstata. Como comentou Juan Gérvas, para que se estabeleça um programa de rastreio, é preciso ter certeza de um impacto positivo na mortalidade por câncer de próstata, na mortalidade geral por câncer, na mortalidade por todas as causas e na qualidade de vida das pessoas submetidas ao rastreamento. Por paradoxal que pareça, menos diagnósticos não são suficientes para retomar o rastreio populacional.

Outro ponto que precisa ser cada vez mais discutido é a resistência da imprensa em noticiar os riscos dos excessos de exames. É muito comum, ao terem contato com a pauta (como aconteceu em novembro de 2015), que os veículos de comunicação de grande alcance não cheguem a avaliar o assunto. Consideram tratar-se de um desserviço à população, com o pensamento de que iriam prejudicar o cuidado em saúde ao criar uma consciência sobre o rastreamento sem necessidade. Isso deixa a informação jornalística a desejar, pois os profissionais de mídia sabem desde sua formação que devem sempre ouvir diferentes lados de uma história e deixar, no caso do rastreamento, o público tomar a decisão de realizá-lo ou não. No entanto, sabemos que muitos patrocinadores e anunciantes desses veículos fazem parte do complexo médico-industrial, incluindo indústrias farmacêuticas e grandes redes de drogarias, o que acaba por determinar o editorial de cada emissora ou publicação.

A cultura da população também deve ser levada em conta. No livro "São e Salvo"⁷, Juan Gérvas e Mercedes Pérez-Fernández citam como pessoas saudáveis têm estado sempre em busca de doenças por meio de exames de rotina realizados desnecessariamente. A preocupação com o futuro é excessiva e o presente vivido é muito esquecido.

O desafio de produzir informação de qualidade é ainda maior hoje, quando a informação é produzida por todos e facilmente divulgada e compartilhada, sem comprovação ou evidência científica confirmada. Profissionais da saúde e aqueles que atuam diariamente na produção de conteúdo em saúde leigo devem informar quanto aos riscos da Medicina e limites da prevenção para públicos diversos quanto a escolaridade, gênero, idade e outros aspectos.

Além disso, entidades que promovem as "campanhas coloridas" muitas vezes não consideram o impacto delas na demanda por procedimentos nos serviços públicos de saúde, nos quais a racionalidade dos recursos está mais profundamente colocada do que no sistema suplementar (mais influenciado pelas regras de mercado).

Felizmente, desde antes de 2015, a discussão sobre excessos de exames, independentemente de campanhas, está mais aberta e vem conquistando mais espaço na mídia, empoderando as pessoas para que façam suas escolhas e pesem riscos e benefícios de rastreamentos. Isso conta com o empenho da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e das médicas e médicos de família no dia a dia nos postos de saúde e consultórios particulares de todo o Brasil.

Diante de 50 tons de azul, continuamos em alerta vermelho quanto à saúde dos homens.

Referências

1. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Draft recommendation statement - prostate cancer: screening [Internet]. 2017 [citado 1 Jun 2017]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/prostate-cancer-screening1>.
2. Portal da Urologia. Órgão americano volta atrás em recomendação de rastreamento para o câncer de próstata [Internet]. 2017 [citado 1 Jun 2017]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/noticias-publico/orgao-americano-volta-atras-em-recomendacao-de-rastreamento-para-o-cancer-de-prostata/>.
3. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014; 384(9959):2027-35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60525-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60525-0).
4. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104(2):125-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djr500>.
5. Perez TY, Danzig MR, Ghandour RA, Badani KK, Benson MC, McKiernan JM. Impact of the 2012 United States Preventive Services Task Force statement on prostate-specific antigen screening: analysis of urologic and primary care practices. *Urology*. 2015; 85(1):85-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2014.07.072>.
6. Bhindi B, Mamdani M, Kulkarni GS, Finelli A, Hamilton RJ, Trachtenberg J, et al. Impact of the U.S. Preventive Services Task Force recommendations against prostate specific antigen screening on prostate biopsy and cancer detection rates. *J Urol*. 2015;193(5):1519-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2014.11.096>.
7. Gervas J, Pérez-Fernández M. São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre: Artmed; 2016.

Submetido em 06/07/17. Aprovado em 21/07/17.

Das inquietações ao movimento:

um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança

Bruna Martins Reis^(a)

Flávia Liberman^(b)

Sérgio Resende Carvalho^(c)

Uma entrada

“Várias dança. Dava as mãos. Apresentava cada um o seu nome, tinha as dança homem com homem, mulher com mulher, mulher com homem, homem com mulher. E outras coisas, sem preconceito. E sem abuso de qualquer espécie.

Agilizar o corpo. Movimentar o corpo. De acordo com o que podia, né? Encostava na parede e ia esticar a perna assim. Às vezes, até hoje eu faço. Faço dobrar assim embaixo e voltar devagarzinho pra não subir a pressão.” (Samuel^(d), usuário)

Este artigo se propõe a discutir a experiência desenvolvida em um CAPS, abordando, nesse recorte, aspectos do trabalho cotidiano em um Serviço de Saúde Mental, esboçando uma prática que cria, a partir das inquietações, uma estratégia de cuidado de si e do outro a partir da re-invenção da prática clínica permeada pela dança.

Pretende-se levantar algumas questões que não envolvem um conhecimento específico, mas visam ser disparadoras de processos que possam ampliar outros “fazer” da clínica da Saúde Mental, como processos criativos implicados à vida de quem cuida e de quem é cuidado, buscando dar visibilidade e explicitar um caminho a partir do qual se possa acolher aquilo que nos passa, que nos acontece, nos toca¹, como movimento para criar modos mais alegres de habitar esses lugares de vida no CAPS ou na vida daqueles que nele vivem, pois perguntamos: quem ocupa por mais tempo esse espaço? Trabalhadores ou usuários? Quem, além do “louco”, constrói sua rotina em uma instituição de Saúde Mental?

Pequena cartografia: caminhos da prática

“Eu tenho muito marcado aquele dia que você levou um CD, do Pink Floyd? Beatles? Ah era Led Zepellin (risos). Os pacientes piraram gritando, empurrando as paredes e todo mundo fazendo a maior força... Então teve muita coisa que aconteceu ali. Eu tenho essa lembrança, de muita vivência, de coisa muito real, muito na pele.” (Tainá, psicóloga)

^(a) Departamento de Pós-Graduação em Artes da Cena, Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas. Rua Elis Regina, 50, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil. 13083-854. bru_psi@yahoo.com.br

^(b) Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. toflavia.liberman@gmail.com

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. sresende@fcm.unicamp.br

^(d) Os nomes utilizados no texto são fictícios mantendo em sigilo a identidade dos participantes da pesquisa.

No CAPS III Antônio da Costa Santos (CAPS Toninho), na cidade de Campinas – SP, entre os anos de 2009 a 2012, aconteceu uma intervenção grupal que se propunha a explorar a experimentação do corpo em movimento. Esta intervenção foi conduzida pela psicóloga, dançarina e coautora deste texto, membro da equipe daquele serviço, como parte do seu cotidiano de trabalho que incluía diversas ofertas, entre as quais: atividades expressivas e terapêuticas nomeadas como oficinas, ateliês e grupos terapêuticos.

Estes encontros foram realizados semanalmente, durante dois anos, com duração de uma hora e meia, abertos a todos os usuários. Passaram pela oficina: profissionais, residentes e estagiários, como participantes ou como cocondutores da prática.

Propunham-se diversas possibilidades de exploração de movimentos dançados a partir de dinâmicas com: exercícios direcionados, jogos relacionais, momentos de improvisação, relaxamento, entre outros procedimentos comuns à linguagem da dança contemporânea, com atenção às singularidades dos corpos, buscando acessar suas possibilidades em um espaço inter-relacional.

Participaram desta proposta quarenta usuários, sendo que, em média, o grupo contava com oito a dez participantes por encontro. Destes, doze usuários mantiveram uma frequência regular ao longo do processo.

Pela percepção de algumas das ressonâncias desta proposta, afirmando o seu caráter transdisciplinar, instaurou-se um processo de pesquisa como parte de um projeto de mestrado^(e), com o objetivo de acompanhar esta experiência. Foram criados dois instrumentos de registro do processo: um diário coletivo nomeado pelo grupo como “Diário de Bordo”, redigido semanalmente pelos usuários participantes da oficina, para registrar sensações, impressões, desejos, memórias, utilizando diferentes possibilidades expressivas, como desenhos e palavras desconexas que surgiam em alguns momentos do trabalho; um outro diário, nomeado de Diário de Implicação, que foi utilizado para registro das condutoras da oficina, no qual foram impressas sistematizações dos exercícios propostos, além de sensações, percepções, inquietações da pesquisadora^(f).

Os diários se configuram como importantes dispositivos na construção da cartografia dessa experiência, por acessarem materialidades das coisas vividas e dos inomináveis processos que se abrem nessas danças. A partir deles, buscamos tatear as linhas que imprimem sentidos ao processo, pois configurava-se aí um desejo: cartografar zonas de criação de intensidades^(g) no encontro de corpos em estados de fronteira^(h).

Um salto: por uma clínica da reexistência

Para que se possam conceber serviços de Saúde implicados na reinvenção da vida, faz-se necessário a (re)invenção cotidiana da clínica engajada nessa produção de vida. Para isto, é interessante pensar os usuários da rede de saúde mental como “nômades”, como pessoas que, ao se deslocarem no território sócio, geográfico, existencial, produzem redes de conexões não previstas e desconhecidas no mundo do cuidado, exigindo o deslocamento dos equipamentos de saúde para produzir redes, desterritorializadas, que acompanhem este caminhar “nômade”⁵.

Intuição, acaso, improvisação e composição comparecem, neste processo, como elementos importantes para a produção de sensibilidades que contribuam para um cuidado da vida em sua potência.

Essa reinvenção se realiza entre tensões que atravessam o trabalho dentro de uma instituição de saúde. Podemos dizer que, mesmo em ambientes que

^(e) Pesquisa desenvolvida entre os anos de 2012 a 2014, no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP, intitulada “Corpo Fronteira: clínica, dança loucura – uma experiência”, e segue em desenvolvimento desde 2014 no Programa de Pós-Graduação em Artes da Cena do IA/UNICAMP. Link para acesso à dissertação: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000934579>

^(f) Todas as narrativas de usuários e profissionais utilizadas neste texto foram retiradas dos diários e de trechos de entrevistas realizadas com alguns participantes da oficina durante a pesquisa de mestrado citada.

^(g) Inspirados pela obra da bailarina Pina Bausch, podemos dizer que as zonas de criação de intensidade dizem respeito à plasticidade da experiência que encontra outras formas de acomodação a ordem estabelecida². Para Pina Bausch, as cenas criadas são sempre, num primeiro momento, expressão das individualidades e tem como ingredientes sentimentos genuínos, recordações pessoais e exposição da própria fragilidade que fazem da dança-teatro de Pina Bausch uma forma de expressar a vida na sua mais ampla diversidade³.

^(h) Sobre Fronteira, citamos Ferracini: “Fronteira não é linha. Nem demarcação meramente espacial ou temporal entre dois pontos ou territórios. Não é uma marca de delimitação. Em realidade é também... mas não é, absolutamente, esse o sentido comum-senso-comum-que interessa. Espaço-entre, in-between, MA (Tadashi Endo), Entre-mundo (Bharbha), Indiscernibilidade (Deleuze), esses são os outros nomes de fronteira que interessam, pois eles não são apenas nomes, mas estados-de-vida-em-aberto-e-em-potência. Um espaço, um território de fronteira, é, por excelência, um território de devir”⁴ (p. 2).

^① Segundo Deleuze e Guattari, somos formados por três tipos de linhas: (a) dura, (b) maleável e (c) de fuga. As linhas duras nos compõem através do estabelecimento de dualidades sociais, que nos estratificam, no sentido forte do termo. São as grandes divisões na sociedade: rico ou pobre, trabalhador ou vagabundo, normal ou patológico, homem ou mulher, culto ou inculto, branco ou negro, etc. As linhas maleáveis possibilitam variações, ocasionando desestratificações relativas. E as de fuga representam desestratificações absolutas, no sentido em que rompem totalmente com os limites das estratificações estabelecidas³ (p. 373).

nasçam do desejo de novas práticas e concepções de tratamento, como costuma ocorrer nos CAPS, as linhas duras^① continuam operando na captura do trabalho, podendo, por vezes, cristalizar os trabalhadores em lugares cômodos que acabam despotencializando o olhar, o corpo, os afetos.

A gestão do tempo comparece, neste contexto, como uma das principais estratégias de nossas instituições. Como trabalhadores dos CAPS, somos demandados a dar conta de múltiplas atividades, entre as quais: atendimento individual, tarefas administrativas, diversos grupos que se efetuam em um tempo que, nem sempre, favorece os encontros.

Como, então, criar outras possibilidades afetivas e temporais para vivenciar os encontros entre trabalhadores e usuários em um CAPS? A dança poderia contribuir para a desterritorialização deste modo de operar de nossas instituições?

Provocados por estas questões, buscamos, por meio de uma oficina de dança, constituir um dispositivo que se afirmasse enquanto um contratempo ao ritmo acelerado do CAPS que, em nosso entendimento, se traduzia, às vezes, em demandas inesgotáveis para os trabalhadores e a produção de uma rotina de cuidado esvaziada de sentido para alguns usuários.

Apostamos, naquele momento, que isto seria possível por intermédio da criação de territórios referendados pela intensidade das relações que enfatizariam uma clínica/acontecimento que celebrasse a diferença e possibilitasse as (re) invenções dos sujeitos em relação. Uma clínica que colocasse em questão práticas de cuidado que vigiam para disciplinar e controlar, buscando afirmar um cuidado que liberta ao buscar cuidar do outro, cuidando de si⁶.

A partir das vivências e estudos, entendíamos que tal desterritorialização poderia se efetuar por meio de práticas que mobilizam um modo de dançar pautado por uma concepção que procura romper com padrões estéticos hegemônicos e recoloca as relações, elas mesmas, como obra.

Variando os tempos

No relaxamento: O CAPS efervescendo e o grupo em silêncio. Um silêncio paradoxal. Percepções de um outro lugar do CAPS no CAPS. (Diário de Implicação)

Qual é o tempo do encontro? Qual o tempo da dança? Que dança se dança?

São questões que movem mundos e redefinem a maneira como procedemos nesta prática que expressa uma coletividade e traz, à tona, as impregnações dos corpos que estiveram presentes em cada encontro/dança.

Em muitos momentos, a oficina de dança foi vivenciada, pelos corpos presentes, como um espaço/tempo alterado, expandido, uma espécie de cadência que foge àquilo que é mais comum ao cotidiano do CAPS.

“A gente sempre estava ali na cozinha, arrumava o refeitório, e a gente escutava e dava uma espiadinha.

E o que eu via aí, era vários usuários que nunca conseguem interagir em outros grupos, ali eles iam. Saíam de lá com uma expressão aliviada.

Então eu acho que é uma maneira de colocar eles numa sala fechada, mas de uma maneira mais solta. Que eles não ficavam perdidos, eles gostavam de participar [...]. Do jeito deles lá. Tem usuários que não conseguem falar, mas eles têm uma maneira de expressar, como usam o corpo, eles conseguiam colocar pra fora na dança, com as expressões deles, aquilo que eles estão sentindo. Eu acho que isso é que faz a diferença [...]. Eu via umas coisas bem bonitas pela frestinha da janela,

não dava pra ver direito mas você não acreditava como era bonito". (Conceição, trabalhadora de apoio do CAPS)

Não seria impreciso dizer que, naquele serviço, há um ritmo de trabalho que, embora seja preenchido por alternâncias de diferentes durações, tem grande acentuação nas frequências rápidas. Ritmo marcado por aquilo que se convencionou como estratégias de tratamento: atendimentos individuais e grupais conduzidos pelas equipes multiprofissionais, compostas, convencionalmente, por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais (T.O.), entre outros arranjos possíveis. Além da vasta gama de intervenções medicamentosas que tem, em muitas situações, o intuito de: amenizar sintomas, evitar que a loucura brote, manifeste-se, e se apresente também enquanto um tipo de expressão.

Constrói-se, assim, uma clínica pautada na construção de um modo de operar legitimado por um saber/fazer com foco exclusivo na doença, com poucos espaços para o contraditório, o desequilíbrio, a exacerbação pela falta ou pelo transbordamento.

Uma lógica que desafia e coloca em questão o projeto CAPS, que nasce pautado, justamente, pelo objetivo de desconstruir o lugar do tratamento normativo, que tem, como referência principal, a clínica do corpo de órgãos, que desconsidera outras sensibilidades e potencialidades da vida errante do louco. Potencialidades que só podem ser descobertas em uma clínica que se propõe singularizada, aderida a outros modos de conceber a loucura, não apenas como desrazão.

No "olho do furacão"⁷ dos serviços, nos contentamos, perante a fragilidade da vida dos usuários e sob pressão do tempo institucional, em medicalizar nossos usuários. Apesar de nossos desejos, nem sempre conseguimos sair do ritmo marcado e alçar outros saltos nas melodias conhecidas e institucionalizadas.

Ao colocarmos em questão a temporalidade que marca o encontro com o usuário, não desconhecemos, com isto, a importância e necessidade de compormos propostas mais convencionais. Buscamos destacar, isto sim, a insuficiência destas últimas e a necessidade de assumirmos a importância de um trabalho que se faça nas minúcias de nossos encontros com o corpo-loucura. Uma luta, portanto, contra nossa própria captura de uma concepção manicomial, que insiste em determinar nossas práticas, saberes e corpos.

Neste tempo do "produtivo" do encontro, há pouco espaço para a experimentação, para experiência, para a improvisação sem a busca por um produto final, sem "cura" e sem material "concreto" desta produção. Sendo assim, há sempre "algo" que se espera de cada encontro, algo que medeia a ação, seja a melhora dos sintomas, seja o artesanato que se leva para a casa, seja o aprendizado de alguma nova aptidão útil à reinserção social.

O risco de uma temporalidade instituída e internalizada por cada um de nós, profissionais, é sempre o de entrar na relação com a atividade carregado dos clichês das formas prontas. Reproduzir formas de pensar a relação profissional/usuário, mediadas pelas teorias e técnicas que fazem parte do "cardápio" de atividades que "têm que ter" nos CAPS. Atividades que, quando incorporadas desta forma, podem ser pouco comprometidas com a processualidade de cada um – neste caso, também do profissional e do usuário, pois há sempre um processo em andamento em cada corpo envolvido – e pouco abertas à criação de outros espaços/tempos naquilo que se produz. Ou são, em muitos casos, pouco sintonizadas com um tempo que é o tempo do partilhar, tempo que não pode ser medido no relógio.

Apesar de seus propósitos, os CAPS, ao buscarem compor suas grades de ofertas de serviços, passam a se guiar pela lógica da produtividade⁸, abdicando de seu caráter peripatético⁵ e da produção de um agir micropolítico que se efetue enquanto um trabalho vivo em ato⁹, que tenha como compromisso a afirmação da vida enquanto um eterno ato de (re) criação e acontecimento.

Uma negação que cobra seu preço quando observamos, muitas vezes, na experiência de trabalho no caos do CAPS, cenas cotidianas que Moehlecke refere como

Uma multidão de corpos estremecidos à espera uma consulta marcada, ou clama por um segundo de paciência. Trabalhadores parecem repetir a mesma tarefa, cotidianamente, robotizados por um fazer que devora o próprio movimento. Um sentimento de desdém invade

o peito. Um súbito mal-estar parece transbordar o juízo. De que modo acompanhar o desatino do outro, sem também perder-se? Como não cair no engodo de, frente à confusão alheia, propor uma rotina esmagadora e policialesca?¹⁰. (p. 46)

É aqui que, mais do que nunca, se impõe a necessidade de afirmarmos o dever da invenção de falar da criação proposta, por exemplo, pelo grupo de dança, como um contratempo ao ritmo e aos modos instituídos pela instituição, como nos convida Deleuze¹¹:

[...] como traçando seu caminho entre impossibilidades [...] A criação se faz em gargalos de estrangulamento. [...] Se um criador não é agarrado pelo pescoço num conjunto de impossibilidades, não é um criador. Um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades, e ao mesmo tempo cria um possível. (p. 167)

Será, portanto, este estrangulamento, que nos é tão comum e que pode nos acomodar e endurecer, o motor capaz de nos conduzir a estados de criação e invenção de linhas de fuga no cotidiano?

Na experiência dessa pesquisa, observamos que o desconforto e a inquietação perante alguns estados de corpo, um tanto conformados e atuando num modo de “piloto automático”, foram os principais motores para que o serviço viesse a propor estratégias de criação de outros possíveis, de outros arranjos para gerir os encontros em seus espaços. Apostava-se aí que as qualidades de encontros instaurados a partir desses outros modos de se relacionar se afirmariam, acima de tudo, pela potência do que se produziria ali, seria aquilo que se criaria e que cada um carregaria consigo para a vida, seria um experienciar-se para tornar possível, conforme nos sugere Deleuze¹¹, outras possibilidades de ser/estar na vida.

Nesse acontecer, nossa pesquisa não teve como intencionalidade avaliar atividades mais interessantes ou mais válidas no CAPS; mas, sim, a de explicitar um meio de fazer e um meio de colocar os problemas que este fazer implica. Interessou-nos abordar este feito de tocar no contratempo, a quebra, o imprevisto, no que ele se aproximou ou se distanciou de outras atividades neste serviço. Certamente, existem, em cada célula do espaço CAPS, novos mundos em pequenas rupturas acontecendo. O que nos cabe é tracejar uma forma de proceder a ruptura. Um fazer que escapa, não “o fazer”, mas apenas um fazer.

Quais os deslocamentos que este fazer produz na medida em que se dispõe a experimentar o acaso de cada encontro? Detalhamos, a seguir, o sentir/afetar de um corpo pesquisadora/trabalhadora em seu movimento de dar visibilidade à realidade viva deste novo espaço de encontros.

Premissas de uma experiência: a imersão na dança

A partir da compreensão aqui afirmada, que é, ao mesmo tempo, uma afirmação ética, estética e política, apostamos na prática da dança como um espaço de estar entre, fazer junto, acompanhar de perto o corpo, para desestabilizá-lo e torná-lo mais receptivo aos encontros e às composições – não apenas como uma condição dada pela dança, mas como uma premissa da clínica que se almeja construir. Uma clínica do imprevisível, em que o que se faz é habitar uma zona híbrida e descobrir, em suas entranhas, as potencialidades de cada um, seja usuário, seja profissional. Conforme nos dizem Passos e Benevides¹², trata-se de uma necessidade da clínica: “habitar este espaço intervalar do entre-domínios, do que não é totalmente isto ou aquilo, do que está nesta operação da conjunção “e”, lá onde proliferam encontros e composições”¹² (p. 1).

Nos esforçamos por sustentar essa prática como uma intervenção da clínica que provoca deslocamentos e possibilidades de “pausa” no meio da aceleração, inventando uma outra estratégia de se conectar com a clínica, com o corpo, com a dança e com a Saúde Mental.

O trabalho da clínica busca acompanhar os movimentos afectivos da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si¹³. (p. 3)

Dessa forma, a clínica se faz como técnica de cultivo de si e de encontros que possam aumentar a potência de cada corpo em seguir variando, dando formas renovadas a si mesmo e ao mundo em que cada um se insere. Como um germinar.

No processo do grupo de dança, esse semear se fez a partir de técnicas em dança, nas quais buscava-se um acesso ao corpo presente, sem preocupações estéticas e coreográficas. Nas minúcias de cada dia, lapidavam-se possibilidades expressivas, que acionavam estados de corpo intensificados, de escutas ampliadas, de poros abertos e de encontros despreziosos compostos por movimentos e pausas.

Um misto em que clínica e dança se afirmam enquanto processos de subjetivação. Fronteira. Lugares paradoxais em que corpo e vida se engendram, cocriam-se, confundem-se. Lugares de cultivo de si, de preparação para que algo brote, germine, cresça em potência de devir.

“Eu me senti muito ótima, gerei-me um pé de jabuticaba, dei muitas folhinhas e frutos, me senti muito bem.” (Damiana, usuária)

“Dancei. Eu gostei muito de mim mesmo.” (Marcelo, usuário)

Pode-se dizer que os bons encontros prosperaram quando a experiência se tornou algo assimilável, rompendo automatismos e ritmos habituais. Quando se instalaram outros repertórios de movimento e de formas existenciais, mesmo sem que estas pudessem ser nomeadas ou compartilhadas, como mundos que se abrem em silêncio. Naquele invisível do corpo que nos habita e nos transforma.

Deixamos, aqui, algumas sonoridades-mundos expressas em palavras, não como comprovação, mas como provocação, transbordamento e impressões do mapa deste imprevisto

“A gente fugiu um pouco do diagnóstico, não negando a sintomatologia, mas ver pra além daquele corpo que foi significado num certo diagnóstico, num certo transtorno [...] lembro do Walmir que é um cara psicótico, muito maluco, um corpo travado, podendo experimentar seu corpo de forma diferente, ser respeitado nos seus limites, nas suas potências dentro do grupo. O oposto da Mariana que tinha um outro diagnóstico, uma neurose grave, podendo a partir do grupo ressignificar a própria beleza, o lugar da mulher, suas singularidades, sua vontade de cuidar de si.

[...] mas acho que a cena que ficou mais intensa pra mim, que eu sempre lembro de pensar 'gente como é que podia ser tão diferente', era o Bastião. Bastião morou no leito do CAPS por muito tempo e eu era a referência. Eu tinha dificuldade em administrar a referência de um morador de leito e que não tinha um diagnóstico fechado, viveu em situação de rua, uma história frouxa, de uma mãe que cuidou por um tempo, uma família que abandonou, a gente não sabia se passava por uma deficiência mental, uma psicose, não dava mais pra saber [...] parecia ter setenta anos, tinha 48 na época. Não tinha documento, não tinha nada e a gente foi tentando cuidar dele e o mais difícil é que o comportamento dele era muito agressivo, intempestivo, era difícil de entender porque ele reagia daquela maneira em situações assim... estava andando na grama e de repente pegava uma pedra e jogava, de repente batia num usuário, não dava pra conectar. Seu repertório de fala, de linguagem era muito escasso, corporalmente, e às vezes ele entrava no grupo.

No grupo nunca aconteceu nenhuma situação de agressão, o que acontecia eram gargalhadas, da alma. Ele gargalhava e a gente não sabia muito por onde isso passava na vida dele, a gente perguntava 'ah Bastião o senhor gosta de dançar?' e ele falava que gostava, mas assim, era de uma intensidade pra ele, que contagiava a gente.

A gente conseguia ver um outro Bastião. Um ser humano de verdade, porque fora dali, a equipe tinha uma certa raiva dele, às vezes tinham vontade de expulsá-lo.

Então quando ele entrava no grupo ele também me possibilitava vê-lo de outra forma e aí me ajudava a sustentá-lo [...] porque tinha um outro Bastião ali dentro, que não era só o impulsivo, o agressivo.

Às vezes, ele até passava para algumas pessoas da equipe como o folgado, o que está se aproveitando da situação, o que evidentemente não era, era um senhor que por N questões da vida não [...] estava ali, viveu na rua, não conseguiu desenvolver um zilhão de habilidades, mas tinha prazer, tinha

vontade. Tinha desejo, que sorria e dependendo dos movimentos que a gente fazia no grupo, ele se transformava [...] quando a gente imitou os animais [...] a proposta era de experimentar o corpo de uma outra maneira também imitando animais ou imitando o outro e aquilo fazia com que ele caísse na gargalhada e verbalmente ele não conseguia dizer o que estava acontecendo com ele, mas a gente percebia que era prazeroso. Tinha um lugar pra ele muito bom. E ele sustentava a atividade e tentava fazer, era lindo de ver! E acho que era o único espaço onde ele entrava e ficava, seja em atividades, seja em atendimentos em grupo ou individuais, ele nunca sustentava estar em uma sala fechada". (Elise, Terapeuta Ocupacional)

Com tornar cotidiano: atos de criar

A prática-contratempo do grupo de dança se configura como uma das estratégias de sobrevivência à tendência de todos nós em seguir o ritmo marcado dos compassos fortes, sem variar, em um processo que não é, a priori, bom ou ruim, mas que surge do movimento de resistir, tornando possível um outro tempo/acontecimento no cotidiano do CAPS. Acontecimento que cria marcas e produz algo da ordem do precário nos corpos envolvidos e no campo onde este fazer acontece.

As palavras de Samuel, participante da oficina, trazem-nos uma imagem daquilo que considero a "produção" deste tipo de trabalho implicado em outras temporalidades de vida: "Eu, Samuel, gostei de tudo com alegria e prazer, como quem toma um remédio que cura a alma e o corpo" (Samuel, usuário).

Fazemos, assim, outro posicionamento: a inventividade do trabalho como práticas que se configuram em lutas micropolíticas travadas todos os dias no cotidiano. Em ações simples ou complexas. Na retomada da capacidade de cada sujeito de perturbar o estado cômodo e cristalizado das ações diárias. No cotidiano de cada vida que segue em fluxo e persevera em existir diferenciando-se.

É nisto que apostamos. Nestes modos de fazer que são ritmo-fluxo-tempo-diferença, que pedem passagem e reverberam. Criam tempo. Contam tempo. Contratempo.

Lembro da atenção e dos participantes se entre olhando quando proponho a dinâmica do silêncio, que consistia em fazer os exercícios sem falar, apenas estar atento e fazer. Eu conduzia os exercícios também com um outro tipo de atenção, quase como se eu também fizesse em silêncio. A princípio nem eu mesma estava certa se funcionaria. Instaura-se um clima de segredo, de algo precioso, quase sagrado. Lembro de muitos olhares de confirmação dirigidos a mim. Alguns inclusive, se sustentando em mim com o olhar. Incrível aquele estado de suspensão da sala. Quando vou para o chão e me calo, deitada ao lado dos participantes, o que percebo é quase inacreditável, estávamos há uma hora se movimentando sem falar. Enquanto isso o CAPS acontecendo a todo vapor, fervilhando, e nós ali, na suspensão do estar presente naquele lugar, naquela hora, naquele encontro. Simples e grande assim. Permanecemos deitados em silêncio absoluto por 15 minutos, quando lentamente me levanto e abro a porta sinalizando o fim.guardo em silêncio ao lado da porta e espero cada um se levantar e sair calmamente. Nos despedimos com olhares de muita intensidade. Alguns sorriam. Outros apenas calçavam seus sapatos e saíam. Um ou outro ainda, se permitiu um tchau e obrigada. Mas todos, sem exceção, saíram dali dilatados. Fiquei mais um tempo na porta depois de me despedir e não conseguia conter minha alegria e encanto por tudo o que vivemos naquela pausa, naquele silêncio. Fecho a porta da sala e me deixo rir sozinha de contentamento, me sentindo também dilatada. (Trecho do Diário de Implicação)

Processos criativos no trabalho em saúde que abrem mundos articulam saberes e movem políticas na delicadeza de cada encontro. Instaurando variações. Quebrando a monotonia do ritmo diário. São fazeres entre corpos que criam corpos.

Corpos comprometidos com a criação de outros mundos a cada relação.

Corpos em zonas de fronteira.

Conforme Ferracini⁴:

Como vimos, uma fronteira não existe na linha que delimita territórios; ela se constrói e é criada-recriada na ação de um corpo nômade que se aterra no território em ação de desterritorialização, ou seja, na potencia, na Zona de Experiência. Lançar um corpo cotidiano na fronteira é, portanto, lançá-lo no nomadismo, ou seja, na ação ativa de possibilidades. Não corpos dóceis (Foucault), mas corpos potentes. Não corpos passivos, mas ativos. É nesse sentido que a fronteira e o corpo nômade estão no campo da política e da ética [...]. (p. 5)

Esse comprometimento se dá, portanto, em ritmos outros, em variações e em posicionamentos éticos perante a vida e o trabalho. São modos de habitar os territórios das práticas em saúde e, sobretudo, modos de conceber o que são e do que são feitos os encontros na clínica. E são, também, antes de qualquer coisa, estados de corpo com vontade de criação.

Trajetos singulares em improvisações diárias de gestar a clínica nas relações consigo e com o outro. Processos de trabalho em saúde e processos de trabalho na/da vida.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente da discussão dos resultados, da revisão e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19:20-8.
2. Campos MRB. Recordar, repetir, criar: intensidades pulsionais na obra de Pina Bausch. São Paulo [Internet]. São Paulo: Instituto Sedes Sapientae; 2011 [citado 22 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lapa/versoportugues/2c71a.pdf>
3. Cassiano M, Furlan R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Rev Psicol Soc.* 2013; 25(2):373-8.
4. Ferracini R. Fronteiras, paradoxos e micropercepções. In: *Artes cênicas sem fronteiras.* São Paulo: Anarco; 2007.
5. Lancetti A. *A clínica peripatética.* São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Fox N. *The ethics and politics of caring: postmodern reflections.* London: Health, Medicine and Society; 2014.
7. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. *Reforma psiquiátrica no cotidiano II.* São Paulo: Hucitec; 2004. cap. 8, p. 55-66.
8. Thomé AM. Os centros de atenção psicossocial como dispositivos de atenção à crise: em defesa de certa (in)felicidade inventiva. In: 2º Colóquio internacional do NUPSI: construções de felicidade. 2013; São Paulo [Internet]. São Paulo: Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública; 2013 [citado 22 Mar 2016]. p. 4. Disponível em: <http://nupsi.org/coloquios/coloquio-internacional-nupsi-usp-invencoes-democraticas-construcoes-da-felicidade/>

9. Merhy EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 276-300.
10. Moehlecke V. Ballet contágio: tecnologias da arte e da imagem [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
11. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
12. Passos E, Benevides B. Passagens da clínica. In: Maciel A, Kupermann MD, Tedesco S, organizadores. Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Conreacapa; 2006. p. 88-100.
13. Passos E, Barros RB. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: Fonseca TMG, Kirst PG, organizadores. Cartografias e devires. A construção do presente. Porto Alegre: UFRGS; 2003. p. 81-9.

O presente artigo discute uma experiência prática desenvolvida em um CAPS, onde buscou-se, a partir de uma intervenção grupal com os usuários, explorar a experimentação do corpo em movimento. Abordando aspectos do trabalho cotidiano de um Serviço de Saúde Mental, propõe uma estratégia de cuidado de si e do outro a partir da re-invenção da prática clínica permeada por recursos artísticos e, particularmente, da dança. Discute, ainda, a gestão do tempo como moduladora de modos de operar dos trabalhadores e usuários, afirmando a aposta na prática da dança como dispositivo que permite um contratempo ao ritmo acelerado do serviço; como um espaço de estar entre, de acompanhar e tornar possíveis corpos mais receptivos aos encontros e às composições como premissa de uma clínica inventiva que se almeja construir.

Palavras-chave: Dança. Clínica. Centro de Atenção Psicossocial.

From anxieties to movement: a Psychosocial Care Center (CAPS), the clinic and a dance

The paper presents a practical experience that was developed in a CAPS, which sought to explore experimenting with the body in movement by means of group work with patients. The intervention addresses aspects of the day-to-day work of a Brazilian mental health service and proposes a strategy for care of both oneself and of the other, based on the reinvention of clinical practice to include artistic resources, with a particular emphasis on dance. The authors discuss time management as a *modus operandi* for staff and patients, showing that investing in dance serves as a tool to counteract the hurried pace of the service. It also serves as a space to be among, to accompany and to make it possible for bodies to be more receptive to encounters and to dance compositions, as the basis for a more inventive clinical space that they intend to develop.

Keywords: Dance. Clinic. Psychosocial Care Center.

De las inquietudes al movimiento: un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), la clínica y una danza

El presente artículo discute una experiencia práctica desarrollada en un CAPS, en la cual se buscó, a partir de una intervención grupal con los usuarios, explorar la experimentación del cuerpo en movimiento. Abordando aspectos del trabajo cotidiano de un Servicio de Salud Mental, propone una estrategia de cuidado de sí mismo y del otro a partir de la reinención de la práctica clínica impregnada de recursos artísticos y particularmente de la danza. También se discute la gestión del tiempo como moduladora de modos de operar de los trabajadores y usuarios, afirmando la apuesta en la práctica de la danza como un dispositivo que permite un contratempo al ritmo acelerado del servicio. Como un espacio de estar entre, de acompañar y hacer posibles cuerpos más receptivos a los encuentros y a las composiciones como premissa de una clínica inventiva que se anhela construir.

Palabras clave: Danza. Clínica. Centro de Atención Psicosocial.

Submetido em 07/06/16. Aprovado em 20/12/16.

Dispositivos pedagógicos de educação em Saúde Coletiva

Elisandro Rodrigues^(a)
Jose Geraldo Soares Damico^(b)

Das palavras iniciais (ou de um breve começo)

Jaffe¹ narra no “Livro dos começos” algumas maneiras de começar. Mostra, com isso, que é possível começar de muitos jeitos. Pensa-se aqui que o começar é como um novelo de lã, ou de linha colorida, que marca e tece uma superfície com cor e textura. Mas, para que exista esse começo, com essa linha, precisa-se abrir o pacote lacrado; porém, basta apenas um puxão para vir à tona a textura desse fio e para que o começo desse fio perca-se no colorido que envolve a si mesmo. Não existe um método para abrir essa embalagem, para puxar o fio e começar a tecer. Para esse começo é necessário um golpe de força, a linha está esperando sua entrega, um puxão para tecer, costurar, desenhar, traçar, escrever e viver a escrita das coisas, para se fazer escritura.

Da mesma forma, existem métodos para espalhar uma tinta azul na folha, como o deslizar de uma caneta que em diferentes forças marca e deixa seus rastros. Ou um dedo que mergulha e espalha a tinta em uma dada superfície. Existem jeitos, maneiras, instrumentos, ferramentas que são possíveis para iniciar uma escrita, assim como o romper da embalagem de um novelo de linha. A embalagem precisa ser rompida, para a tecitura se iniciar, o que enquadra e prende as possibilidades e os devires precisa soltar-se, saltar-se, a tinta para o papel, o papel para a tinta. “O texto se faz, se trabalha por meio de um entrelaçamento perpétuo”² (p. 81), a embalagem embaralha um possível entrelaçamento. Dá-se um começo: os dedos movimentam-se; a embalagem, com uma intensidade de força, rompe-se; o conteúdo é exposto. Um novelo de linha multicolor. A tinta encontra o papel. Faz-se uma escritura. Inicia-se um método. Cria-se um começo.

#

Este texto é um fragmento da pesquisa que tem por nome “Por uma Clínica de uma Vida: estilhaços de Educação e(m) Saúde”. Tem por objetivo pensar os modos de vida no contemporâneo e os processos de medicalização da vida por meio de um dispositivo pedagógico pensado para aproximar a área da Educação e da Saúde que foi chamado de oficinas.

^(a) Residência Multiprofissional em Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa em Saúde, Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Av. Francisco Trein, 596, Bloco H, 3º andar, Cristo Redentor. Porto Alegre, RS, Brasil. 91350-200. elisandromosaico@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. zdamico@yahoo.com.br

O texto divide-se em quatro fragmentos. Parte-se inicialmente de uma contextualização sobre o escrever, tomando como ato da escrita e escritura; em seguida, fala-se sobre o pesquisar na Educação e na Saúde com a Filosofia da Diferença. Posteriormente, disserta-se sobre o que se entende por Clínica de uma Vida, explicando-se o processo de pesquisa e levantamento dos dados por meio do dispositivo pedagógico oficinaulas e, por fim, conceitualizam-se oficinaulas.

Da escrita de um texto (ou do suportar a vaziez da escrita e da pesquisa)

A escritura, ou o texto, é “todo discurso em que as palavras não são usadas como instrumentos, mas encenadas, teatralizadas como significantes. Toda escritura é portanto uma escrita, mas nem toda escrita é uma escritura...”³ (p. 70). Esse texto, que se faz escritura, fala da vida no contexto contemporâneo. Dos arrepios, dos acidentes, dos incidentes de uma vida, “do olhar que vagueia por outros sons, do ouvido que escreve outras palavras, das mãos que sentem a textura de outras paisagens...”⁴ (p. 15), de estar à deriva, sem gravidade, deslocando-se em um espaço vazio. Fala dos processos de medicalização da vida no contemporâneo, que captura a existência do eu, diminuindo ou aumentando a potência do viver. Mas como escrever uma vida, ou sobre (um)a vida?

Escrever é muitas vezes ficar “sem eira nem beira, como se costuma dizer, desamparado, em busca de algum ponto de apoio, e imperiosamente se recomeça, na vaziez”⁵ (p. 87). É necessário suportar a vaziez⁶ do texto, das perguntas, das respostas e do tempo da escrita. A vaziez não de sentidos, pois os sentidos estão espalhados em cada fragmento de pensamento, estão suspensos para uma possibilidade de recriação; “não adianta nada acochambar sentidos fáceis ao que recusa a ordem”⁵ (p. 87).

“Eu aprendi que a vaziez é uma das qualidades mais desejáveis” para que “você atravessasse e saia do outro lado” do texto e da vida, como comentava Wally Salomão ao referir-se ao trabalho de Hélio Oiticica. Para suportar a vaziez, precisa-se “fazer uma suspensão voluntária da continuidade produtiva, exatamente para que possa vir o surpreendente, o inesperado, o que não está sendo pensado”⁶ (p. 133). Blanchot nos fala que a escrita é uma grafia, uma arranhadura nas folhas, no texto. O a(in)cidente, o salto de um pingo azul para a folha branca, torna-se uma ranhura. É uma vaziez, um resto, é sobra, e assim pergunta-se: o que pode saltar do que ainda não está escrito? Que uma Vida se vive no contemporâneo?

Ao pensar sobre a escritura no próprio texto que se escreve, o mesmo mostra-se como um buraco transbordando questões, perguntas e pensamentos. Ou seja, rompe-se com a ideia de uma resposta única, verdadeira e universal. Ao mesmo tempo, vai escoando um silêncio e uma vida. Entende-se que “o sujeito que escreve é produzido pelo gesto de sua escritura, não preexiste a ela, vai sendo, de forma errante, inventando seus passos”⁵ (p. 88). Porém, percebe-se que, em algumas ocasiões, “a escrita ‘científica’ deixa poucos rastros das inúmeras implicações que a teceu”⁷ (p. 147).

A escritura é esse deslocamento que produz o a(in)cidente. E é pelo movimento da escritura que podemos “extrair na vida o que pode ser salvo, o que se salva sozinho de tanta potência e obstinação, extrair do acontecimento o que não se deixa esgotar pela efetuação, extrair no devir o que não se deixa fixar em um termo”⁸ (p. 89). É na escritura que podemos deixar a vida saltar, que podemos registrar de outros jeitos uma vida.

A escrita acontece por a[in]cidente; do que (res)pinga aos poucos, no que vamos procurando, grudando e guardando; do que vamos lendo, escrevendo, recortando, montando em forma de um texto por vir. A escrita se faz escritura na forma, no jeito de se escrever, na vida que desliza para a ponta da caneta. E “só é preciso ter um pouco de paciência e aguardar; a vida virá ao nosso encontro nos locais mais incríveis”⁹ (p. 143), assim como os modos de escrever uma vida. Mas, mesmo que se ache uma forma, ela não é total, única, verdadeira. É um pedaço, um fragmento que diz de uma vida, ou seja, nunca se dirá o todo de uma vida.

Aposta-se em uma mistura de escrita e leitura nas quais possa-se temperar uma por “meio da outra”⁷ (p. 148). Quer-se, nessa escritura, forjar composições, desenhos, arquiteturas invisíveis; jogar com noções, conceitos, ideias, saberes. Pretende-se operar conceitos, como diria Deleuze, e não explicar cada passo, cada frase, cada pensamento. Criar um instante (momento) qualquer, uma suspensão para o que se escreve, para o que se pensa, para, assim, esboçar rascunhos de escritura sobre uma vida.

Do pesquisar (de uma pesquisa n(d)a diferença)

Assim como se precisa de um começo, precisa-se de um método para pesquisar. Como os começos se dão de diferentes formas¹, pensa-se que o pesquisar não precisa dar-se com um método delineado, como os passos ordenados dos manuais de metodologia científica ensinam. Existe um começo já conhecido, no qual, primeiramente, deve-se estabelecer uma pergunta ou um problema de pesquisa. A seguir, investiga-se o que foi produzido sobre o tema, tudo para certificar-se de que a proposta é relevante cientificamente.

Seguindo a prescrição dos manuais, desenha-se o método da pesquisa, pensa-se nos sujeitos e nos dados nos quais a pesquisa vai ser realizada. Depois de delimitado o jeito de se fazer, vai-se a campo para coletar as informações; posteriormente, fazem-se o tratamento e análise dos dados coletados e, por fim, a escrita do relatório de pesquisa. Os resultados de pesquisa devem ser divulgados e apresentados para a comunidade científica, e as publicações são geralmente realizadas com apresentação de trabalho em eventos científicos e/ou publicação de livros e/ou artigos em periódicos indexados.

Esse é um começo, uma condição de possibilidade para se fazer pesquisa. Para alguns, a intensidade do pesquisar cabe nessa forma, mas aqui, nesse texto, não. Fazem-se necessárias outras possibilidades. Outros começos.

#

Precisa-se de uma pesquisa que se invente ao pesquisar, que pesquise pelo entre, na terceira margem, em travessia, em um lugar mestiço, que não navegue em uma prescrição já estabelecida por manuais acadêmicos e científicos, mas que ouse outros dispositivos, começos e métodos de pesquisa em educação e saúde. Começa-se pelo meio, “nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com fragilidades”¹⁰ (p. 266).

Tece-se por espaços pequenos, pelos cantos, com uma mistura de elementos, de forma antropofágica, alimentando-se do que se pretende pesquisar, para, assim, “experimentar o experimental”¹¹. Pesquisar, dessa forma, com um método que indique e não prescreva os caminhos, no qual se possa sujar, misturar, pensar, falar sobre, voltar atrás, errar.

Em vez de entrevistas semiestruturadas, questionários e dados para quantificar, utilizar tinta, dedo, linha, corpo, tesoura, cola, tecido, papel, imagem, audiovisual, música. Pesquisar de uma forma na qual os pormenores de uma vida se potencializem nos movimentos sutis de escuta e escrita, em que a palavra tenha sensações e produza vibrações; em que a palavra seja escritura.

Pesquisar uma pesquisa n(d)a diferença. Pesquisa-se utilizando a cartografia como método e o biografema como intercessor metodológico. A pesquisa cartográfica, ao operar conceitos e ideias, ao acoplar saberes formais e saberes de experiência, é, ainda, “um exercício de acoplamento das perguntas de pesquisa e questões de si, dos encontros e do mundo (um processo de formação: educativo, de subjetivação e de composição de saberes)”¹² (p. 3). Criam-se jeitos de se pesquisar. Inventam-se modos e métodos, nos quais o problema a ser resolvido brota pelo meio, gerando novos problemas e novas perguntas, como se pintássemos “nas paredes zigue-zagues de perguntas. De respostas. De movimentos de afetos” em que “rizomatizamos nossas andanças”¹³ (p. 45).

Pensando assim, uma metodologia de pesquisa é sempre invenção, sempre criação de um fazer, ou seja, é pedagógica, “pesquisa como invenção em vez de prescrição”¹⁴ (p. 21). O próprio movimento de pesquisar torna-se um dispositivo pedagógico de trabalho com a educação e a saúde. Esse processo de pesquisa, que se apresenta nesse texto, fez-se com experimentação, com (re)escrita e (re)leitura, utilizando a cartografia como intercessor metodológico, furando com um modo, imagem hegemônica de pensamento, criando uma nova imagem do pensamento. Em uma biografia, o que se torna importante são os momentos importantes, de maior destaque, do sujeito biografado. No biografema e na cartografia, escreve-se a vida com uma lupa, olhando os pequenos acontecimentos, os pormenores de vida, os instantes quaisquer. Volta-se para a potência dos detalhes, do (por)menor; é como um *punctum*, uma pequena “picada, pequeno orifício, pequena mancha, pequeno corte – e também lance de dados”¹⁵ (p. 35).

Operar com esse intercessor metodológico é trabalhar com os pormenores de vida n(d)o cotidiano da saúde e da educação, nos a(in)cidentes do pensar e no trabalho vivo em ato; “trata-se de um verdadeiro procedimento de invenção, pelo qual a vida é aquilo que deve ser escrito, e não algo com o qual a escrita deva buscar alguma adequação”¹⁶ (p. 54). É um modo de ler, de escrever, de falar, de desenhar, pintar, cartografar, riscar, rasurar uma vida. É uma forma de tentar escrever os pormenores em uma variação, em uma tradução, misturando leitura, escrita e vida. Implica disparar movimentos de pensamento, “o que significa escrever os detalhes de uma vida, as raridades que passam despercebidas ou que ainda não foram significadas e partilhadas”¹⁷ (p. 21).

Utilizar, dessa forma, a cartografia e o biografema como intercessores metodológicos é deixar vibrar os acontecimentos, é pesquisar o cotidiano em saúde e educação mergulhando-se nos processos que afetam a formação e as experiências que constituem o fazer pesquisa, “como investigação-ação e como aprendizagem em ato de pensamento provocado pela participação, por isso a pesquisa da realidade em saúde como pesquisa-formação”¹² (p. 4). “Situar o pesquisar no âmbito daquilo que pode ser proliferado para diversas direções, cada qual de acordo com a potência dos corpos que pesquisam”¹⁸ (p. 9-10). Busca-se, assim, algo que o(a) force a pensar, que rasgue a embalagem, para um uso abusivo e utópico de outros jeitos de pesquisar e de fazer pesquisa, outros modos para pensar uma Clínica de uma Vida.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP em 26 de fevereiro de 2015.

Por uma Clínica de uma Vida (ou dos conceitos e resultados)

Entende-se “medicalização da vida” como os dispositivos de captura dos modos de viver que realizam um corte na expansão das vontades de potência, o que restringe e limita a vida. No contemporâneo, essas capturas ocorrem de diferentes formas: pela patologização, pela farmacologização, pela judicialização e pela subjetivação. A todo instante, são criadas novas formas de governo sobre as vidas, ao tentar controlar as virtualidades e as vontades. Contudo, as antigas formas de captura continuam exercendo força e domínio, tais como a escola, o hospital psiquiátrico, os asilos e a polícia. A medicalização da vida está sempre de conluio com uma forma de fazer clínica: a que diminui as potências.

Essas imagens de representação de mundo indicam, em seus fragmentos, a ideia da captura de existências. A medicalização pode ser pensada como o que esgota, (des)potencializa e domina a vida, como um dispositivo que se legitimou como fenômeno coletivo, uma biopolítica, que opera como analisador de um processo em disputa pela existência de um dado modo de vida e do que movimenta a produção dos eus no contemporâneo. “Se quisermos uma metáfora: a medicalização é apenas a ponta do fio de um novelo mais emaranhado. Tal colocação é importante precisamente porque não está em questão exatamente se a medicalização é um processo bom ou ruim”¹⁹ (p. 33).

Ao pensar a medicalização da vida, vive-se em um jogo de profanações, pois se está imerso e enraizado em um mundo que medicaliza as existências de inúmeras formas; por exemplo, tomando chimarrão, vendo seriados, jogando futebol, tomando a cerveja do fim de semana e realizando compras. Mas essa forma é, em algumas vezes, também uma profanação, uma linha de fuga que rompe com a necessidade de prescrição por medicamento. Rompe-se com modos de vida criando outros modos de se viver.

A medicalização está na superfície ao nosso redor, muitas vezes aprofundada nas subjetividades contemporâneas. A medicalização da vida é uma força invisível que exerce poder sobre os corpos, individuais e coletivos, causando-lhes sensações que (des)potencializam os modos de viver. “A força tem uma relação estreita com a sensação: é preciso que uma força se exerça sobre um corpo, ou seja, sobre um ponto da onda, para que haja sensação”²⁰ (p. 62). Duas perguntas que ficam sem resposta: O que nos medicaliza? Onde está o que nos medicaliza?

Por isso, se faz necessário pensar em dispositivos que aumentem as vontades de potência. No decorrer da pesquisa, no agenciamento de leituras e vivências, o termo “Clínica de uma Vida” mostrou-se como uma ideia-força para dizer de um lugar, de um espaço onde a vida acontece na sua imanência, onde o olhar, a escuta e a palavra são usados para inventar e criar novos mundos. Uma Clínica que é menor, que diz de uma política da vida que promove forças que escampam, que vazam.

“Clínica de uma Vida” como imagens que ardem, que agenciam e produzem encontros (alegres ou tristes) em que os sujeitos, em suas dimensões política-ética-estética, são corpos que vibram e pulsam existências. “Clínica de uma Vida” como um instante utópico que fura, que abre frestas, que desperta e lampeja. “Clínica de uma Vida” como um espaço que não é nem aula, nem oficina, mas sim um agenciamento dos dois, uma “oficinaula” que coloca a pensar: quais as imagens que sobrevivem, de saúde e educação? O que nos medicaliza? E onde está o que nos medicaliza?

Pensar em uma “Clínica de uma Vida” é possibilitar espaços de “oficinaulas” que disparem, criem, produzam perguntas, vida, saúde, educação, imagens; que aumentem as potências e façam refletir sobre as possibilidades de uma Clínica da Saúde Coletiva, de uma Pedagogia da Saúde Coletiva.

Oficinaulas

Clínica de uma Vida é um processo de criação, de invenção, fabulação, experimentação. A experiência é algo que transforma, que marca, como lembra Foucault: “a experiência é alguma coisa da qual a gente mesmo sai transformado...”¹⁸ (p. 18). Ele comenta também que “uma experiência é alguma coisa que se faz só, mas que não se pode fazer plenamente senão na medida em que escapará à pura subjetividade e que outros poderão, não digo retomá-la exatamente, porém ao menos cruzá-la e atravessar de novo”²¹ (p. 47).

Foucault fala da experiência no processo de escrita, na produção e no atravessamento da escrita de seus livros. Tanto na escrita quanto na leitura, no vivenciar os estilhaços da vida, somos afetados, marcados pelo que vemos, lemos, escutamos, tocamos e pelo o que nos toca. Uma experiência se faz sozinho, mas também pode ser realizada no coletivo, com outros.

As oficinaulas realizadas, nesse processo de pesquisa, foram um espaço de experiência, de imaginação, de invenção. Uma mistura de espaços-tempos pequenos, mas vivenciados de forma antropofágica. Como diria Waly Salomão¹¹, um experimentar o experimental. Sendo assim, não se quer apenas contar essas experiências, mas fazer um exercício de imaginação, dado que “para saber é preciso imaginar-se... para recordar é preciso imaginar”²² (p. 15).

#

As oficinaulas aconteceram no projeto de pesquisa intitulado “Por uma Clínica de uma Vida: Políticas de Cuidado na Educação e Saúde”. Foram realizados quatro encontros, cada um com a duração de duas horas. A primeira oficinaula teve como tema “Modos de cuidar e produzir saúde: dos azuis”; em seguida, “O que pode um corpo no contemporâneo?”; a terceira teve como disparador o tema “De uma vida anônima e passante”; por fim, o tema foi “De como (res)pingar uma vida”.

As oficinaulas foram abertas ao público via inscrição, sendo possível a participação pontual, mas os inscritos foram informados da importância do percurso dos quatro encontros. No processo de inscrição, contou-se com trinta solicitações. Alguns pedidos surpreenderam, como os de professores vinculados a universidades da região metropolitana de Porto Alegre, para participar de encontros pontuais com seus respectivos alunos. As oficinaulas tiveram uma média de participação de 15 pessoas por encontro.

O perfil dos participantes foi heterogêneo, sendo o maior grupo pertencente à área da saúde, principalmente da saúde mental coletiva. Havia também profissionais que trabalhavam em serviços substitutos, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e trabalhadores de redes municipais de saúde, sendo que alguns ainda estavam no percurso de Residência Multiprofissional em Saúde (Coletiva, Mental, Saúde da Família). Outro grupo foi o de profissionais da educação que atuam em espaços escolares. Um terceiro grupo foi formado por estudantes de graduação da Educação e da Saúde e interessados no tema da medicalização da vida.

Para a condução das oficinaulas, foram convidados agenciadores, pesquisadores envolvidos em projetos de pesquisa e extensão sensíveis a outros jeitos de pensar a vida, para desenvolverem as temáticas específicas do corpo, da dança, da escrita. A preparação das oficinaulas deu-se em encontros e conversas prévias com os facilitadores de cada dia. No primeiro momento, discorreu-se sobre o que se havia pensado para aquela temática específica, apresentando-se o tema e posteriormente afinando-se um percurso de trabalho para cada data. Todos os facilitadores participaram voluntariamente do projeto.

Após a finalização dessas oficinaulas, observou-se que cada uma operou como um modo de fazer Clínica diferente, sendo elas: Clínica da memória/escavação, Clínica dos corpos/movimento, Clínica do estilhaço e Clínica da escrita/testemunho, aproximando-se, posteriormente, de uma possível ideia/conceito/termo/palavra que diga da potência das oficinaulas e da Clínica de uma Vida.

Conceitualizando oficinaulas

As vivências nas oficinaulas proporcionaram uma gama de material empírico. Páginas e mais páginas de conversas, debates, encontros. Tornou-se difícil transcrever essa experiência e tornar as palavras em imagens ou as imagens em palavras. Os espaços das oficinaulas foram espaços de afecção, de encontros, colocando os pesquisadores implicados nas produções de vontades e vida. Colocar o pensamento para produzir imagens e jeitos e para rachar as palavras e as coisas.

#

As oficinaulas não queriam ser apenas encontros de formação e discussão sobre a temática da medicalização da vida. Nem aulas. Nem oficinas. Queriam pensar de outro modo. Dessa forma, realizou-se a junção dos dois termos “oficinas” e “aulas”, formando-se “oficinaulas”. Retoma-se aqui a ideia de oficina como um espaço de criação em que o processo de trabalho se dá de forma manual e artesã. O termo *oficina* vem do latim *opificius*, “artesão”, com a junção de *opus*, “obra” e *facere*, “fazer” – fazer de forma artesanal uma obra.

Oficinar é realizar um processo de pesquisa, de criação e de inovação, e sua matéria principal é a vida²³. Oficinar é produzir artistagens^{24,25}, ou seja, criações; é colocar o pensamento para produzir imagens, jeitos; rachar as palavras e as coisas. Envolve encontros que se fazem com ética, estética e política para um cuidado e uma invenção de si mesmo. Trata-se de agenciar, assim, outras linguagens, como foi realizado nesse projeto com a dança, com as sensações e sentidos, com a arte, a literatura, a música, o cinema e a fotografia. Oficinar nas oficinaulas é trazer para a mesa o que preocupa, o que nos ocupa no cotidiano, isto é, problematizar os processos de trabalho, os fazeres e os modos de viver.

Oficinar é “extrair acontecimentos das coisas, dos corpos, dos estados de coisas, dos seres”, para, dessa forma, “traçar, inventar, criar linhas, que dobram os saberes, fazeres, sentires, uns sobre os outros: consoando a Filosofia, a Matemática, a Música, a Sociologia, a Literatura, as Artes Visuais, as Ciências, etc”. Com isso, podem-se “rejeitar as modelizações confinantes, que negam o novo e requerem, apenas, regularidades, médias e métricas: priorizando a poética, o processual e a reversibilidade”²³ (p. 55).

Aula, por sua vez, remete-nos a imagem de uma sala de aula, com cadeiras em linhas até o quadro negro/verde, a um professor e a um processo de aprendizagem. Proveniente também do latim, “*aula*” (no grego, “*aulé*”) lembra os palácios onde aconteciam as lições, lugares onde se recebia o conhecimento e onde ocorria uma exposição didática feita por um professor.

A aula já está cheia. Como nos diz Corazza²⁵, ela possui “dados” que já estão prontos como “dados de conhecimento de verdade, que determinam aquilo que é ensinado (o conteúdo) e a maneira como é ensinado (a didática)” (p. 24); dados dos alunos, de suas notas e provas e de como e em que espaço eles estarão sentados nas carteiras, ou seja, são dados dos “valores instituídos da aula”. Existe a possibilidade de criação em uma aula. Não nega-se isso, mas o princípio e a imagem que nos vêm ao pensarmos e ao lermos a palavra “aula” são os mencionados acima – uma imagem dogmática do pensamento. Pensa-se que uma aula possa ser de invenção, de criação, na qual o exercício da leitura e da escrita possa estar presente como possibilidade de abertura de mundos e na qual a vida acontece por fabulações. Aula que trascria em educação e em saúde. Um nova imagem do pensamento.

Ao colarmos os termos, produzimos uma variação, um movimento, uma parafernália que chamamos de “oficinaulas”. Um “entre” que funciona na produção de conhecimento e aprendizagem, como na construção da vida como obra de arte. As oficinaulas se prestam à criação de instrumentos, de dispositivos, de ferramentas para o trabalho com crianças e adolescentes, jovens e adultos. As oficinaulas versam sobre escola, aula, atendimentos, clínicas, planos diversificados, inventos inclusivos, atividades compartilhadas, docência compartilhada, ludicidade, riso e contemporaneidade na vida, na

saúde e na educação. Em grande medida, as oficinaulas tratam da diferença daquele que vive em fuga, por linhas de fuga²⁶.

#

Para tanto, conceitualizam-se esses espaços de encontro, essas oficinaulas, dentro de uma Pedagogia dos Pormenores²⁷, ou uma Pedagogia da Saúde Coletiva. Retoma-se aqui uma ideia de pensar a pedagogia e a clínica a partir do menor, das pequenas resistências que potencializam a vontade de viver e de pesquisar.

Pensar uma Pedagogia dos Pormenores/da Saúde Coletiva é estar atento aos pequenos in(a) cidentes cotidianos/ou de uma vida, em que o menor se potencializa nos movimentos sutis de escuta e escrita.

Nesse espaço habitualmente unário, por vezes (mas, infelizmente, raras vezes) um “pormenor” chama-me a atenção. Este “pormenor” é o *punctum* (aquilo que me fere). Do ponto de vista da realidade (...) toda uma causalidade explica a presença do “pormenor” (...) o pormenor é dado por acaso e mais nada¹⁵. (p. 51)

Trabalha-se com os microacontecimentos, com aquilo que foge ao olhar, à escuta, ao som e à escrita; com aqueles pequenos restos, sobras que não se tem por importante; com aquilo que se escapa; e com as vidas que escapam e escoam. Olhar para esse pormenor, deixar que ele nos afete, que ele escape para a gente, de maneira que o ato de aprender se engendre potencialmente com novas possibilidades de vida e com outros modos de criação e denominação do que se enfrenta de forma corriqueira. Pormenores e parafernâlias que afirmam um processo intensivo de aprendizagem, composto em um fluxo de linhas desejantes capaz de fazer variar os modos habituais com que os corpos se articulam: no contrassenso, no dissenso, na divergência, no inusitado, no paradoxal, no hábito²⁶.

#

Cada oficinaula operou como um modo de fazer Clínica ao produzir reflexão e lampejos. Anteriormente, falava-se que se entendia Clínica de uma Vida como imagens que ardem, como aquilo que agencia e produz encontros alegres ou tristes. Aproximam-se os termos de oficinaulas à Clínica de uma Vida. Dessa forma, pensa-se que oficinaulas são os espaços (ou não espaços) nos quais acontece a Clínica de uma Vida.

Nas oficinaulas é onde a Clínica de uma Vida pode atuar, uma Clínica que resgate as memórias das infâncias, que escave a superfície para encontrar o que está perdido, esquecido, enterrado. Uma Clínica que produza movimentos, possibilidades de voos; que desritmize e ritmize em outras cadências. Uma Clínica que estilhace os pensamentos, que deixe em silêncio, que fragmente e faça olhar os pormenores de uma vida. Uma Clínica testemunho que deixe marcadas, registradas, nos corpos de quem a vivenciou, as experiências, as afecções, as vontades de vida, e que lance aos outros, ao mundo, manifestos em favor do que aumenta nossa vontade e nossa potência.

Por fim, oficinaulas como espaços nos quais a Clínica de uma Vida pode sempre ter presente a “inquietante estranheza”²⁸. Oficinaulas nas quais pode acontecer uma Clínica de uma Vida como um dispositivo pedagógico de educação e(m) saúde em três derivações e agenciamentos de: 1) Instante Utópico: como sustentação das pequenas luzes²⁹; como sustentação das imagens menores – dos pormenores; como o ainda não, rasura, como instante/vontade utópica; 2) Instantes Quaisquer: em que nos colocam em intervalos e hiatos de tempo nos quais o novo pode acontecer, em que rompe com os aparelhos de captura, que produzem variação no mesmo, e se rompe com os sintomas que nos prendem a uma vida medicalizada; 3) Instante Ludopedagógico: em que os processos de ensino e aprendizagem se misturam com jogos, imagens, cinema, música; a experiência estética fala mais alto, não na afirmação da beleza, mas na afirmação de tudo o que produzimos é material estético; em que saúde e educação são pensados conjuntamente.

Para (não) finalizar

Uma vida são fios de multiplicidades; ela sempre acha por onde vazar, por onde escoar. Sendo assim, para dar outro começo a esse inacabamento, pode-se dizer que escrever, em meio a uma pesquisa e a uma Clínica de uma Vida, é fazer deriva – “alguém que se perde, se cansa, reconquista o ritmo e retoma seu inexplicável trajeto”. É deixar o traçado do desenho se construir como um “sujeito em fluxo, cavando espaços, que sejam lá minúsculos, de produção de um presente cotidiano potente, leve e indisciplinado”³⁰ (p. 16). Derivas de possíveis.

Os murmúrios da medicalização estão presentes, principalmente quando se entende que se vive em uma sociedade de captura de desejos. Nas oficinaulas, a temática da medicalização da vida apareceu sempre como problematização dos modos atuais de viver. Percebeu-se, no processo de pesquisa, que existe muito ainda o que se comentar, discutir e estudar sobre esse tema. E as questões “O que nos medicaliza?” e “Onde está o que nos medicaliza?” seguem sem respostas, permanecendo apenas essa estranha inquietação por continuar a encontrar-se com outros, com leituras, com fóruns, para melhor entender e compreender o que está em jogo, para entender essa força (in)visível que (des)potencializa o viver.

Pensar uma Clínica de uma Vida é pensar em uma constituição de si como cuidado e experiência, como afirmação e aposta em uma vida, “uma experiência de criação de si implicada com uma postura ética-estética-política, que tenha, como princípio, uma potência de vida em seus modos indissociáveis de resistir/afirmar e de criar”³¹ (p. 519). Pesquisar essa Clínica de uma Vida é um processo de experimentação, de junção de pistas para a criação de mapas nos quais suas linhas transversais se deslocam a toda leitura, formando outros mapas e rompendo com práticas que medicalizam a vida.

Finaliza-se dizendo que existe a possibilidade de “esburacar sua temporalidade e improvisar com seus blocos remanejáveis”, de ressoar, escoar o que ainda vive, de “rachar uma maneira de existir que agoniza e pede para renascer”⁵ (p. 59), porque a vida sempre acha um furo por onde escoar.

Colaboradores

Os autores Elisandro Rodrigues e Jose Geraldo Soares Damico tiveram participação ativa na elaboração, revisão e aprovação final do manuscrito.

Referências

1. Jaffe N. Livro dos começos. São Paulo: Cosac Naify; 2015.
2. Barthes R. O prazer do texto. São Paulo: Perspectiva; 1987.
3. Moisés LP. Com Roland Barthes. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
4. Machado LD, Lavrador MCC. As políticas que incidem sobre a vida. *Estud Pesqui Psicol.* 2010; 10(1):118-33.
5. Preciosa R. Escrever/Baluciar. *Cad Subj.* 2010; 12(7):87-9.
6. Salomão W. Armário de miudezas. Rio de Janeiro: Rocco; 2005.
7. Machado LD. O desafio ético da escrita. *Psicol Soc.* 2004; 16(1):146-50.
8. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.
9. Costa LB. Estratégias biográficas: o biografema com Barthes, Deleuze, Nietzsche e Henry Miller. Porto Alegre: Sulina; 2011.
10. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 259-78.

11. Salomão W. Hélio Oiticica: qual é o parangolé? E outros escritos. Rio de Janeiro: Rocco; 2003.
12. Ceccim RB, Müller GS, Maia LP, Cataluña RV. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. *Forum Social* (Lisboa). 2014; 2(24):104-12.
13. Medeiros D, Rodrigues E. GiZ de Hércia. In: Gai DN, Ferraz W, organizadores. *Parafernalias: diferença, artes, educação*. Porto Alegre: INDEPIN; 2013. p. 43-50.
14. Zanella AV. Perguntar, registrar, escrever: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Sulina, Ed. UFRGS; 2013.
15. Barthes R. *A câmara clara*. Lisboa: Edições 70; 2010.
16. Costa CB. *Corpo em obra: palimpsestos, arquitetônicas* [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
17. Dalarosa PC. *Pedagogia da tradução: entre bio-oficinas de filosofia*. Porto Alegre: UFRGS; 2012. (Cadernos de notas, 4).
18. Fonseca TMG, Nascimento ML, Maraschim C. *Pesquisar na diferença*. Porto Alegre: Sulina; 2012.
19. Santos LHS, organizador. *Formação de professores/as em um mundo em transformação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2014. p. 26-38.
20. Deleuze G. *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva; 2007.
21. Pelbart PP. *Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada*. IN: Conferência do 3º Seminário Internacional "A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças"; 2013; São Paulo. São Paulo; 2013 [citado 09 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/63611-viver-nao-e-sobreviver-para-alem-da-vida-aprisionada-peter-pal-pelbart-primeira-parte>.
22. Didi-Huberman G. *Imagens apesar de tudo*. Lisboa: KKYM; 2012.
23. Corazza S. Caóides. In: Monteiro SB, organizador. *Cadernos de notas 2: rastros de escrita*. Anais do I Colóquio Nacional Pensamento da Diferença: Escrituras em meio à vida - Coleção Escrituras. Canela: UFRGS, 2011, p. 13-15. v. 2.
24. Corazza S. *Artistagens: filosofia da diferença e educação*. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.
25. Corazza S. *Didaticário de criação - aula cheia*. Porto Alegre: UFRGS; 2012. (Caderno de notas, 3).
26. Rodrigues E, Gai DN. *Parafernalias, cuidado, educação especial, saúde mental, literatura e etceteras*. In: anais do 6º SBECE, 3º SIECE; 2015; Canoas. Canoas; 2015 [citado 09 Jan 2017]. Disponível em: [http://www.sbece.com.br/2015/resources/anais/3/1427684560_ARQUIVO_PARAFERNALIAS,CUIDADO,EDUCACAO ESPECIAL,SAUDEMENTAL,LITERATURAETCETERAS\(3\).pdf](http://www.sbece.com.br/2015/resources/anais/3/1427684560_ARQUIVO_PARAFERNALIAS,CUIDADO,EDUCACAO ESPECIAL,SAUDEMENTAL,LITERATURAETCETERAS(3).pdf).
27. Rodrigues E. *Pedagogia dos pormenores: rendi[ol]hando foto[car]tografias de formação* [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
28. Didi-Huberman G. *Ser crânio: lugar, contato, pensamento, escultura*. Belo Horizonte: C/Arte; 2009.
29. Didi-Huberman G. *A sobrevivência dos vaga-lumes*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2011.
30. Preciosa R. *Rumores discretos da subjetividade: sujeito e escrita em processo*. Porto Alegre: UFRGS; 2010.
31. Machado LD, Lavrador MCC. *Por uma clínica da expansão da vida*. *Interface* (Botucatu). 2009; 13 Supl 1:515-21.

Este texto versa sobre dispositivos pedagógicos de Educação e (em) Saúde, tendo como plano de fundo o tema da medicalização da vida. Inscreve-se na perspectiva teórica da Filosofia da Diferença e opera com a imagem do pensamento como produção do novo, por meio da experiência e do dispositivo pedagógico oficinaulas. Tem como método de pesquisa a Cartografia. Apresenta-se a ideia-força de Clínica de uma Vida, como uma operação micropolítica, para movimentar os processos imanentes na Saúde e na Educação. Finaliza-se trazendo como processo de pensamento três instantes: o Instante Utópico, como sustentação das pequenas luzes; Instante Quaisquer, de produção de estilhaços; e Instante Ludopedagógico, como possibilidade de um devir-criança. Tem-se como resultado uma escrita que fala sobre modos de cuidar e produzir saúde no contemporâneo.

Palavras-chave: Clínica de uma Vida. Educação em saúde. Medicalização. Oficinaulas.

Pedagogical devices for educational purposes in Collective Health

This text addresses pedagogical devices of Health and (in) Health Education using as a background the theme of life medicalization. It considers the theoretical perspective of the Philosophy of Difference and operates with the image of thought as a way to produce the new by means of the experience and the pedagogical device of "workshop-classes". Cartography has been used as a research method. The main idea of a Lifetime Clinic is presented as a micro-political operation to mobilize immanent processes in Health and Education. Finally, it points out three instants: the Utopian Instant as the support of the little lights; the Any Instant for shrapnel production; and the Ludic-Pedagogical Instant as a possibility of a child-becoming. As a result, writing talks about ways of caring and producing health in contemporaneity.

Keywords: Lifetime Clinic. Health education. Medicalization. Workshop-classes.

Dispositivos pedagógicos de educación en Salud Colectiva

Este texto trata sobre dispositivos pedagógicos de Educación y (en) Salud, teniendo como telón de fondo el tema de la medicalización de la vida. Se inscribe en la perspectiva teórica de la Filosofía de la Diferencia y opera con la imagen del pensamiento como producción de lo nuevo, por medio de la experiencia y del dispositivo pedagógico taller-clases. Tiene como método de investigación la Cartografía. Se presenta la idea-fuerza de Clínica de una Vida, como una operación micro-política para mover los procesos imanentes en la Salud y en la Educación. Se concluye trayendo como proceso de pensamiento tres instantes: El Instante Utópico, como sustentación de las pequeñas luces, el Instante Cualquiera, de producción de residuos y el Instante Ludopedagógico, como posibilidad de un devenir-niño. Como resultado, se tiene una escritura que habla sobre modos de cuidar y producir salud en lo contemporáneo.

Palabras clave: Clínica de una Vida. Educação en salud. Medicalización. Taller-clases.

Submetido em 19/01/17. Aprovado em 25/04/17.

Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol

Cuerpos múltiples, política ontológica y lógica del cuidado:
una entrevista con Annemarie Mol

Multiple bodies, political ontologies and the logic of care:
an interview with Annemarie Mol

crédito: NWOIvar



Denise Martin^(a)
Mary Jane Spink^(b)
Pedro Paulo Gomes Pereira^(c)

Nesta entrevista realizada com Annemarie Mol, exploramos aspectos importantes da sua produção acadêmica. Abordamos os temas corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado. Annemarie Mol (1958) pesquisa na confluência de filosofia, sociologia médica, antropologia, sociologia da ciência e teoria social. Estudou medicina e filosofia na Universidade de Utrecht. Fez o doutorado em filosofia na Universidade de Groningen, em 1989. Entre 1990 e 1995, trabalhou como pós-doutoranda na Universidade de Maastricht e na Universidade de Utrecht. Em 1996, foi nomeada Socrates Professor of Political Philosophy e pesquisadora sênior na Universidade de Twente. Em 2008, foi nomeada Socrates Professor of Social Theory na Universidade de Amsterdam e desde 2010 é professora de Antropologia do Corpo na Universidade de Amsterdam. Publicou, entre outros, os seguintes livros: *Ziek is het woord niet* (com Peter van Lieshout), *Differences in Medicine* (editado com Marc Berg), *Complexities* (editado com John Law), *The Body Multiple*, *The Logic of Care*, além de diversos artigos em revistas especializadas. Annemarie Mol amavelmente aceitou responder às questões colocadas por Denise Martin, Mary Jane Spink e Pedro Paulo Gomes Pereira.

^(a,c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 740, sala 404, 4º andar, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04023-062. demartin.c@gmail.com; pedropaulopereira@hotmail.com

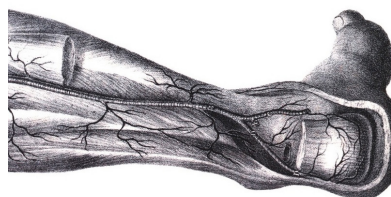
^(b) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mjpspink@gmail.com

Em *The Body Multiple*¹, você mostrou como o corpo é manipulado em práticas variadas. Para sair da dicotomia do corpo que “temos” e do corpo que “somos”, você lembra que nós “fazemos” (performamos, atuamos, encenamos) nossos corpos em práticas cotidianas. Seria apropriado indagar: como lidamos com nossos corpos? Como é possível investigar o corpo que fazemos?

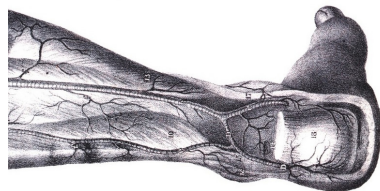
Há muitas maneiras de investigar os corpos que fazemos (*we do*). No *The Body Multiple*¹, minha pesquisa focalizou as práticas dos hospitais relacionadas às doenças vasculares, aterosclerose, particularmente dos vasos das pernas. O corpo que nós fazemos nesse cenário é feito por um “nós” amplo: vários tipos de pessoas e aparelhos estão envolvidos. O paciente, cujas artérias estão em jogo, participa ativamente no que é feito. Na sala de consulta, fala, fazendo perguntas e respondendo às perguntas. Tira as calças e meias se for necessário, para que os médicos sintam a pulsação das suas artérias e a condição da sua pele. No laboratório, contribui, não por falar (ou pelo menos, não muito), mas por permitir ao técnico tirar as medidas. Por exemplo, o técnico mede as diferenças entre a pressão arterial no tornozelo e nos braços ou a velocidade da corrente sanguínea nas artérias das pernas. Essas são medidas diferentes: a primeira faz a doença como uma queda na pressão arterial e a segunda a faz como um aumento local na velocidade da corrente sanguínea. Ambas as maneiras de fazer aterosclerose diferem da conversa que antes tinha lugar na sala de consulta entre médico e paciente. Nesse espaço, a doença tomou forma com “dor durante o caminhar”, “pulsações fracas” ou “pele desnutrida”.

Porém, também é possível pesquisar o corpo que “nós” performamos em outros cenários fora do hospital. Por exemplo, na sala de consulta da nutricionista. Lá, não há “dor durante o caminhar”, mas, por exemplo, há “sobrepeso”, que é o problema crucial enfrentado. Em relação a isso, os corpos de pessoas são considerados como gulosos, faltando nutrientes ou acostumados com certos tipos de comida, e assim por diante². Em alguns casos, eles são feitos de uma maneira diferente, como falta de satisfação ou desejando cuidado e com fome por amor³.

Como é possível estudar tudo isso? É possível prestar atenção ao que acontece na prática, por imaginar o que cada elemento num cenário indica sobre a realidade (problemas e preocupações) em jogo na prática, perguntando para as pessoas para aprender como elas lidam com as coisas e interpretando o que elas falam. A maneira mais importante é estudando “outras” práticas também, para aprender sobre as duas pelos contrastes entre elas.



the body multiple: ontology in medical practice annemarie mol



Capa do livro *The body multiple*

E, na mesma direção, como é que lidamos com a doença? Como podemos pensar e falar sobre a doença?

Na maioria de meus trabalhos, eu estudei doenças físicas; na maioria do que eu escrevi, o fazer o corpo e o fazer a doença se entrelaçaram. Ainda que meu livro sobre o corpo múltiplo se chame *The Body Multiple*¹, o múltiplo que exhibe é principalmente aterosclerose, em vez do corpo. Mas a “doença múltipla” seria um título menos intrigante. Ao mesmo tempo, versões diferentes da doença e versões diferentes do corpo andam juntas. Uma versão anatômica de aterosclerose está situada no corpo espacial. Um corpo é fornecido por artérias de certa largura. Artérias podem ser estreitadas por placa, que se chama estenose. A fisiologia, por contraste, sugere que aterosclerose não é uma estrutura, mas um processo no tempo – em que a placa gradualmente se acumula. Consequentemente, também prevê um corpo processual, transformando-se constantemente. Além disso, há a versão da vida cotidiana, que é traduzida da versão hospitalar para a versão clínica, de ambos, corpo e doença. É onde o corpo convive no dia por dia e hora por hora com a doença de aterosclerose, que toma a forma de “dor durante o caminhar”.

O ponto crucial de elaborar essas distinções é que, para lidar com uma versão ou outra, existem consequências práticas diferentes. A dor durante o caminhar pode diminuir gradualmente se uma pessoa caminha muito – duas vezes por dia, por pelo menos vinte minutos. Mas ainda que caminhadas resolvam o problema da dor, não alteram o fato de que a artéria tenha estenose. Então, se a terapia de caminhadas é avaliada por medir a largura da artéria, ela falha, mas se for avaliada por analisar a dor do paciente, tem sucesso. É uma tensão interessante e um choque relevante.

Você utiliza o termo *enact* para assinalar que os objetos (o corpo, a doença) existem articulados às práticas que os produzem. Como você demonstrou, a doença surge a partir dos diferentes modos como ela é atuada [*enact*]. *enact* tem o sentido de encenar e de fazer existir, de atuar. Você poderia comentar um pouco mais sobre esse conceito central em *The Body Multiple*¹ (por exemplo, as relações com a teoria da performatividade de Judith Butler)?

Não há muita diferença entre a maneira que eu uso *to enact* (atuar, instituir, implementar, ocasionar) e a maneira que Judith Butler usa *performance* para escrever sobre a realidade. *Performance* tem um contexto histórico em que há uma realidade “verdadeira” detrás da cortina onde a realidade é performatizada. Butler não pensa que há um bastidor atrás do palco, mas alguns dos meus críticos pensaram isso. Essa é uma das razões porque eu não usei o termo. Eu queria evitar essa conotação.

Mas, escuta, *enacting* não tem nada a ver com causar, nem fazer. Essas são palavras que enfatizam o passado (no qual as “causas” estavam localizadas ou quando o “fazer” aconteceu) e estabilizam o resultado, o presente. O ponto crucial da mudança para *performance/enacting* é que o presente em si está e permanece instável. Há o aqui e o agora, em que fazendo, *doing*, acontece, mas não é explicado pelo o que aconteceu antes. Existem padrões e rotinas, mas sempre há a possibilidade de surpresas.

***The Body Multiple*¹ é uma afirmação poderosa sobre praxiografia, sobre aspectos práticos e materialidades, e sobre o tipo de método etnográfico que conversa com a multiplicidade. Como você diz, médicos e pacientes atribuem significados em maneiras diferentes. Porém, práticas, em algum momento, tornam-se palavras, por notas de campo ou por meio de conversas sobre o que indivíduos estão fazendo. E essas práticas discursivas são compostos de repertórios linguísticos que estão embutidos em significados, consequentemente, em interpretações ou versões diferenciadas. Então, como podemos conciliar práticas e discursos (ou registros) sobre práticas? Como podemos levar em consideração a linguagem como prática?**

Há aqui um mal-entendido, uma confusão. Eu não digo que médicos e pacientes atribuem significados em diferentes maneiras. Eu digo que outros autores trabalharam isso, mas eu quero levar o argumento adiante, um passo para frente. Eu espero relatar uma história além disso, que é que médicos e pacientes performam e atuam, instituem, implementam, ocasionam (*enact*) a realidade, “juntos”.

Então, em vez das diferenças entre eles, eu enfatizo a colaboração entre eles. Médicos e pacientes colaboram, precisam um do outro para “fazer” a realidade de uma doença. Sem o paciente para falar sobre as preocupações e/ou queixas dele/dela, um médico não tem nada para atribuir significado. Sem as explicações do médico, sem as ferramentas diagnósticas e os tratamentos, o paciente tem problemas, mas problemas não são “aterosclerose”.

Os repertórios linguísticos relevantes a essa colaboração não vêm depois da colaboração – são “parte” do que acontece nos hospitais. Isso é diferente das minhas notas de campo que, eu diria, são tipos particulares do entendimento do que acontece em um hospital. São bastante irrelevantes para práticas do hospital, mas são por sua parte um componente de outras práticas. Acadêmicas ou conversas sobre políticas, elas poderiam se tornar relevantes no ensino – também no ensino nas escolas médicas – ou na delimitação de novas pesquisas.

É totalmente possível estudar a linguagem na prática [*language-in-practice*]. Obviamente, em muitas práticas humanas há muita conversa. Coincidentemente, em um dos meus projetos recentes, eu exploro esse tema. Estou mais interessada, primeiro, em como a conversa se relaciona com os corpos das pessoas presentes em um cenário e, em segundo lugar, nas diferenças entre diversas linguagens na prática. O fato de trabalhos acadêmicos internacionais serem produzidos em inglês tem consequências enormes para o que acabamos escrevendo. Você pode gostar disto, espero que sim: com uma colega, que é antropóloga trabalhando na Bahia, temos escrito sobre a diferença entre “chupar fruta” e “comer fruta”⁴. Estamos escrevendo sobre a maneira em que as práticas vinculadas a essas palavras diferem e não se encaixam em uma tradução direta para escrever ou falar em inglês⁴.

No *The Body Multiple*¹, você afirma: “...o que eu quero enfatizar por agora é só uma coisa: minha pesquisa teórica sobre a coexistência das várias versões de um objeto múltiplo era, de fato, localizado [*localized*]” (p. 182). O que significa “localizado” nesse contexto da praxiografia? Importa o tamanho do campo em praxiografia? Podemos entender os aspectos práticos e materialidades quando o campo não tem limites?

Aqui, “localizado” significa “situado”. O ponto é que a aterosclerose múltipla que eu encontrei no hospital Z, onde fiz minha pesquisa, acontece aí e em nenhum outro lugar. Aspectos serão diferentes em um hospital a dez quilômetros longe dali. E se alguém usar os mesmos métodos de pesquisa para estudar aterosclerose num hospital em Bordeaux, Osaka ou Salvador, encontrará diferentes versões dessa doença, que seriam coordenadas de diferentes maneiras.

Por isso, as especificidades do campo são muito importantes na praxiografia. Uma prática sempre acontece em algum lugar, nunca em todos os lugares. Mas eu não estou segura se é bom falar sobre isso em termos de “tamanho”, porque práticas são pequenas ou grandes, são coisas que acontecem, e ocorrem no tempo. A pergunta mais relevante pode ser se acontecem raramente ou frequentemente. Não qual é o tamanho, mas com que frequência acontecem.

Eu me pergunto porque vocês falam sobre um campo como se não tivesse limites. Era uma crítica à noção de rede [*network*], que redes não têm limites. Mas, usando a metáfora literalmente, campos realmente têm limites, como nos casos de campos de futebol ou de pastos. Isso dito, práticas não tendem a ficar presas em campos. As práticas viajam e uma pesquisadora pode tentar seguir-lhes aonde viajarem.

O que um praxiógrafo não pode fazer é mapear um campo total, inteiro, sobre o qual podemos contar tudo. Em vez disso, a pesquisa praxiográfica se assemelha a seguir uma trilha ou um caminho. Como pesquisadora, posso estar presente em um momento e depois em outro e me perguntar como estão vinculados. Da mesma forma, posso fazer perguntas em um lugar e depois em outro e pensar em que tipo de vínculos podem existir entre os dois lugares. Por exemplo, em Hanoi, pessoas comem o mesmo tipo de pão que em Paris. São baguetes, mas mais curtos. Isso significaria que essas duas cidades juntas formam um campo? Não, o costume de comer pão em Hanoi é remanescente da história colonial francesa. Suscita a pergunta como o pão francês sobreviveu tantas décadas depois da saída dos franceses. Pode ser que tenha algo no sabor que faça sentido localmente ou pode ser que é simplesmente delicioso.

Há vários estudos científicos e tecnológicos interessantes sobre a transferência de tecnologia. Os estudos têm criticado a ideia de que uma tecnologia que funciona em um lugar específico funciona sempre e em qualquer lugar, ou seja, que funciona em geral. Uma coisa só funciona em um cenário se as condições de possibilidade estão lá para permitir que funcione nesse lugar. Se você leva uma ferramenta, uma máquina ou outra coisa – um pão! – para um outro cenário, sempre há a pergunta sobre o que isso vai fazer lá, neste outro lugar. Vai ser aceita, celebrada, vai falhar ou se desintegrar? Isso é uma coisa que a pesquisadora, seguindo a tecnologia em jogo, pode estudar sem a necessidade de dizer algo que seria verdade em outros lugares.

Aqui, seria interessante pensar nos lugares e nas viagens, nas figuras topológicas como redes, fluidos, regiões. Você poderia falar sobre o conceito de topologia?

Sim, posso falar mais sobre topologia, sobre o termo – mas não sobre o conceito. Um conceito é um termo bem definido, que o autor delinea claramente e depois tenta torná-lo estável. Não tenho vontade de estabilizar palavras dessa maneira. Em vez disso, eu pressuponho que as palavras mudam e trocam e estão se adaptando enquanto viajam. Consequentemente, a pergunta que você faz sobre viagens pode ser refletida nos termos nos quais você conversa sobre viagens. Termos, como tecnologias e outras coisas, não necessariamente ficam estáveis quando viajam. São fluidos. Eis a história.

Uma região é um espaço delimitado. Uma rede – tal como foi descrita no início da Teoria Ator-Rede (TAR) –, na realidade, era uma sintaxe, uma maneira de vincular elementos. A ideia original era que, se a tecnologia funcionava em duas regiões diferentes (digamos, Suécia e Nicarágua), aparentemente a rede ficou estável nos dois lugares. Em ambas regiões, havia bastante elementos relevantes e similares nos seus arredores para estabilizá-la. Isso é o que Bruno Latour quis dizer quando introduziu o atraente termo “móveis imutáveis” (*immutable mobiles*): coisas que não mudam (são imutáveis) enquanto são transportadas (são móveis) de uma região para outra.

O que nós acrescentamos (eu fiz isso em um trabalho com John Law⁵ e Marianne de Laet⁶) é que também existem “móveis mutáveis”: coisas que continuam funcionando de uma região a outra, não porque fiquem os mesmos, mas porque se adaptam. Com Law⁵, nós propusemos isso em relação à anemia, que é diagnosticada e tratada de uma forma diferente por médicos holandeses na Holanda e médicos holandeses em lugares diversos como a África subsaariana rural. Digamos, a anemia viaja enquanto se transforma. É fluida. Foi aí que introduzimos a ideia que o espaço em que a anemia permanece a mesma é um espaço fluido. Não tem uma forma regional, não é uma rede. Nesse contexto, nós importamos o termo “topologia” da matemática, na qual este é um termo que descreve um espaço no qual um objeto muda de forma, mas não rompe. Eu não estou muito apegada a esse termo. O que eu acho importante é que não tomemos como pressuposto que as três dimensões e as escalas lineares do espaço euclidiano sejam as únicas maneiras de conceber a realidade espacial.

Com De Laet⁶, escrevemos sobre uma bomba hidráulica no Zimbábue que seguiu funcionando, não porque foi consertada e nunca quebrou, mas porque era adaptável e fácil para consertar. Houve várias críticas boas sobre essa interpretação – que tanto acrescentam como a corrigem. Então, Uli Beisel e Tillman Schneider⁷ nos avisaram que adaptabilidade fluida podia parecer boa, mas nem sempre é. Se a tecnologia envolvida não for uma bomba hidráulica, mas um carro, e se o carro for adaptado de uma ambulância para um táxi compartilhado (*bush taxi*), isso pode resultar em viagens turbulentas e um maior risco de acidentes. E o que acontece com o carro quando para de funcionar? É descartado, o que causa mais problemas. Por sua vez, Peter Redfield⁸ argumentou que a bomba hidráulica que nós estudamos nos anos 1990 podia ser promissora na sua época, e podia parecer lindo para nós, mas a bomba hidráulica estava vinculada a uma política de estado nacional que não existe mais. Ele contrasta isso com um canudo que filtra água, mas é um produto comerciável pequeno. É uma comparação muito convincente.

Eu dou esses exemplos para ilustrar que, em vez de procurar fixar conceitos como “topologia” ou “fluido”, eu acho mais relevante participar em conversas sobre as realidades que nossas palavras ajudam a explorar. Afinal, o objetivo de fazer ou criar teoria não é para consolidar algum instrumento

verbal erudito, mas é para achar uma maneira de fornecer palavras para problemas novos ou problemas velhos que seguem sendo urgentes, mas em formas diferentes.

Há um interesse cada vez maior das ciências sociais pela ontologia. Alguns teóricos falam mesmo de uma “virada ontológica”. Você tem um artigo importante sobre *Ontological Politics*⁹. Poderia comentar um pouco sobre esse interesse e sobre sua proposta em particular?

O termo “ontologia” nas ciências sociais faz coisas distintas para diferentes autores. Na antropologia, ontologia pode ser utilizada para enfatizar que tradições culturais diferentes não apenas vinculam significados diferentes à mesma realidade fixa – a realidade que só a ciência ocidental conhece com certeza –, mas que as pessoas ordenam a “realidade” em maneiras diferentes – e podem, em suas próprias maneiras, competir com a ciência ocidental. Muitas pessoas têm “ontologias” diferentes. Isso é um bom uso do termo.

Meu próprio uso de “ontologias” é um pouco diferente. Nos anos 1990, estávamos explorando como escapar do “caráter de verdade” (*truth character*) dos registros biomédicos. E o que inventamos foi: contrastar diferentes maneiras de falar sobre verdade e então mostrar como se chocavam. Para mim, isso havia começado no princípio dos anos 1980 com a pergunta “O que é uma mulher?”¹⁰. Se diferentes áreas respondiam à pergunta “O que é uma mulher?” de diferentes maneiras, sem subestimar umas às outras, isso também deu muita liberdade às feministas. Nós não tínhamos mais que tratar de uma delas como dada ou fixa. Sempre foi possível perguntar: como, quando e onde esta verdade foi concretizada? Do que depende? Quais são as alternativas?

Quando nós começamos a usar “ontologia” nesse contexto, a ideia era brincar com esse termo de uma maneira provocativa. Na filosofia pós-kantiana, ontologia era o termo para a realidade que as ciências nunca podiam alcançar, porque sempre procuravam saber o que era, utilizando suas próprias categorias, seus próprios termos. Nós dissemos, mas a questão não é procurar alcançar a realidade e nunca tocá-la – nas práticas de conhecimento, as realidades (no plural) são muitas. Para enfatizar “isso”, nós mobilizamos o velho termo ontologia, colocamos no plural e tentamos dar-lhe um novo significado, não como algo que precede o conhecimento, mas como algo que é feito, encenado ou performado no processo de conhecer e saber.

Na época, aqueles que negavam as mudanças climáticas ainda não eram um problema. Depois surgiram e isso complica a análise. Enquanto antes precisávamos enfatizar a flexibilidade e diversidade de conhecimento, mais tarde tornou-se relevante também insistir nos limites dessa adaptabilidade. Nesse momento, preocupa-me que quando termos como “ontologias políticas” se tornam fixos e estabelecidos fica difícil adaptar nosso trabalho ao que é relevante aqui e agora. Com políticos que acham que estão livres para acreditar ou não acreditar nas palavras de cientistas que alertam sobre o aquecimento global, é possível que precisemos de outros termos. Ninguém deve ter a ideia que ontologia obedece prontamente aos decretos dos governantes.

Há algumas dificuldades na tradução portuguesa do termo **Ontological Politics**. Você afirmou que esse é um termo composto. É uma união de ontologias utilizadas em linguagem filosófica padrão para definir o que “pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos” com o termo “políticas”. Portanto, o termo “políticas” realça o processo de formar a realidade e seu caráter como algo que é “aberto e disputado”. A sugestão é que “as condições de possibilidade não são dadas”. Mais à frente, você traz a questão da escolha, e escolha deriva da multiplicidade; portanto, de “ontologias” no plural. Ao tentar seguir esse argumento, a tradução poderia ser “Ontologias políticas”, isto é, se falamos sobre a realidade como múltipla, a ontologia seria melhor utilizada no plural, e se a realidade é performada de muitas maneiras diferentes, a questão política se torna importante. Em suma, não se trata de uma política, mas de uma posição filosófica que implica escolha e, portanto, tem implicações políticas. Contudo, várias colegas no Brasil e Portugal traduziram o termo como “Política ontológica”. “Política”, em português, significa a arte ou ciência de governar. Seria maravilhoso se você pudesse nos ajudar com esse problema de tradução nos contando como você traduz o termo para o inglês.

Com essa pequena lição de português, é fácil te dizer qual tradução eu prefiro. É a primeira, “Ontologias políticas”. Porque, de fato, o ponto é que não há uma versão só da realidade, mas a realidade é múltipla. Não existe só uma ontologia – seja fechada ou aberta, fértil ou rígida. O que nós tentamos enfatizar com nosso trabalho é que ontologia não precede práticas de conhecimento, mas é “feita” (performada ou atuada, instituída, implementada, ocasionada) nessas práticas. E porque há muitas práticas, há muitas ontologias.

Mas onde várias práticas estão estreitamente vinculadas, como em um hospital, as ontologias estão vinculadas também, na prática. Por isso, é melhor usar a palavra no plural, mas não estamos falando sobre pluralismo. As diferentes versões da realidade que são feitas nos hospitais estão vinculadas. Um paciente que fala com um médico na sala de consulta pode receber um diagnóstico clínico, enquanto resultados laboratoriais “fazem” a doença de uma outra maneira. Contudo, essas versões da realidade se relacionam. Os resultados laboratoriais tendem a chegar “depois” da consulta com o médico. Além disso, os valores normais do laboratório normalmente são estabelecidos por mediações de pessoas que são clinicamente normais. Assim, uma versão inclui a outra.

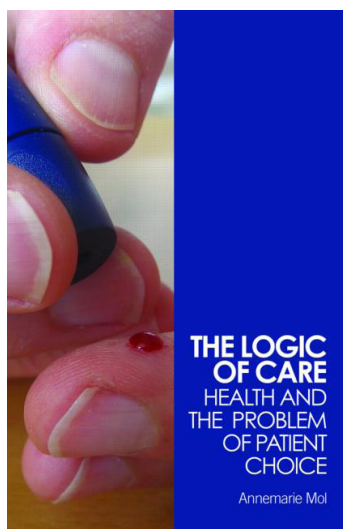
A realidade pode ser organizada de um jeito diferente. Por exemplo, o laboratório pode vir primeiro. A pressão sanguínea nos tornozelos de todo mundo pode ser medida, digamos, uma vez por ano. Essa é a parte “política”, que as coisas podem ser organizadas de maneiras diferentes. Mas eu não quero chamar isso de uma escolha. Eu brigo com isso no meu texto sobre “ontologias políticas”. Podem existir possibilidades diferentes, mas muitas vezes não há um momento óbvio no qual uma “escolha” é organizada praticamente. E escolhas não decorrem da existência de várias maneiras de fazer coisas. Também dependem da existência de momentos em que essas maneiras diferentes podem ser levadas em consideração e em ter a possibilidade de escolher uma opção ou outra. Pense na organização de cuidados em saúde. Na maioria dos casos, o ponto de início do cuidado não são mediações da população, mas inicia com pessoas indo a consultas porque sentem que têm um problema. Isso é tão firmemente inserido em tantas instituições que seria difícil mudar. Também seria caro demais. Assim, onde se encontra a escolha?

Em seu livro *The Logic of Care*¹¹, a palavra “paciente” tem, de início, uma associação com passividade e subordinação ao modelo biomédico. No Brasil, os pacientes do sistema público de saúde são chamados de usuários, e não de pacientes. Aproveitando o seu convite de usar as ideias de seu livro ativamente, seria especialmente interessante pensar a formação de profissionais de saúde aqui no Brasil introduzindo os conceitos de *doctoring* e *patientism* de maneira criativa e contextualizada. Você poderia comentar sobre esses conceitos?

A associação entre paciente e passividade é um fato etimológico. No meu livro, *The Logic of Care*¹¹, menciono isso e me contraponho a isso. Escrevo sobre “pacientes ativos” – só porque pacientes modernos com doenças crônicas têm que “fazer” tanto. Um médico pode “prescrever” pílulas, mas o paciente é a pessoa que tem que “tomá-las”, lembrá-las, encontrá-las e engoli-las. Isso já mostra porque o termo “usuário” não é adequado. Porque isso sugere que há algo oferecido que uma pessoa pode usar. Tipo, “aqui temos cuidados em saúde! Venham, por favor! Entrem, paguem e usem nossos serviços!”. Mas normalmente essa não é a situação. Alguém pode usar os serviços de um laboratório que oferece exames de sangue de vez em quando. Mas o resto do tempo, em casa, pessoas com doenças crônicas têm que se cuidar, incluindo muitas mensurações. Eles não “usam” cuidados em saúde, eles “fazem” cuidados em saúde. Eles estão participando ativamente.

O termo “*doctoring*” sugere uma maneira particular de fazer, de trabalhar, que não é linear. Ressoa com “*tinkering*”, tentando, adaptando e tentando de novo. Se você procurar “*doctoring*” no dicionário de inglês, também significa enganar. Mas eu rechaço esse significado do termo. Eu sugiro que esse significado origina na expectativa que os processos são lineares e seguem um caminho reto. Em uma situação em que não temos controle nenhum – e eu argumentaria que é assim na maioria das situações – *doctoring* é uma palavra boa para as tentativas para ainda cumprir com algo.

O termo “*patientism*” sugere uma analogia ao feminismo [*feminism*]. No *The Logic of Care*¹¹, eu vou contra o modelo liberal do tomador de decisões racionais [veja também a pergunta 11]. Em vez de ter que se encaixar no modelo de cliente ou cidadão, eu sugiro que pacientes devem ser levados a sério como são, como pessoas que estão lidando com uma doença que causa problemas que tentam aliviar e seguir vivendo de alguma maneira. Esta não é só a situação anormal particular desses pacientes, mas também é um modelo útil para vários outros momentos. Exatamente como o feminismo nega a ideia de que homens são os humanos ideais, *patientism* nega a ilusão de que ser totalmente saudável é a situação-padrão da vida.



Capa do livro *The logic of care*

Em *Ziek is het woord niet*¹² [“Doente não é a palavra”], com Peter van Lieshout, vocês abordaram a medicalização e o monopólio da medicina. Já em *Differences in Medicine*¹³, com Marc Berg, vocês buscaram se distanciar da medicina como um tipo de pensamento coerente e unificado, mostrando uma variedade modos de prática da medicina Ocidental. Na sua etnografia no Hospital Z, você também se concentra na medicina, no conhecimento médico, na tecnologia médica, no diagnóstico médico e nas intervenções médicas. Em *The Body Multiple*¹, há uma busca de explorar as diferenças da medicina por dentro. No seu percurso intelectual, a forma de perceber a medicina foi se alterando? Poderia comentar algo dessa trajetória?

No livro *Ziek is het woord niet*¹² (publicado em 1989), não estudamos a medicalização, mas o uso do “termo” medicalização. Nós argumentamos que o termo não se encaixa muito bem no que aconteceu com o sistema de cuidados em saúde holandesa nos quarenta anos anteriores, de 1945 até 1985. Quando o termo foi usado pela primeira vez, o termo “medicalização” não foi utilizado só para falar sobre o monopólio da medicina. Foi usado mais particularmente para designar os vários comportamentos que foram condenados anteriormente por “motivos morais” (como por ter relações homossexuais ou por se engravidar antes de se casar) e que aos poucos foram chamados de desvios. Tornaram-se um “problema médico”, mas ainda não aceitos. O que vimos nos jornais médicos holandeses que analisamos foi que, nos anos 1960 e depois, médicos generalistas e profissionais em saúde mental tornaram-se reflexivos sobre isso e tentaram limitar e restringir o domínio deles. Eles não queriam medicalizar. Inclusive, eles pararam de chamar homossexuais e mães solteiras de perversos com bastante rapidez. Outras coisas estavam acontecendo. Então, em relação a sua pergunta, eu não mudei muito – eu só fiz perguntas diferentes de vez em quando e pesquisei materiais e ambientes diferentes.

Na sua proposta de “lógica de cuidado”, você crítica os “clichês do Ocidente”, com sua valorização de individualidade e autonomia. Quais as relações entre esses valores e as práticas de cuidado? Você define as “práticas de cuidado” como heterotopias. Poderia falar um pouco sobre isso?

Claro! Posso falar sobre isso. Escrevi um livro inteiro sobre isso. Mas em resumo, eu chamei práticas de cuidado de uma heterotopia porque oferecem um espaço, um lugar que é o “outro” [*other*] do ideal ocidental dominante de indivíduos que fazem escolhas racionais. Em práticas de cuidado, esse ideal não funciona tão bem – até porque pessoas não escolham ter, por exemplo, diabetes tipo 1 (o caso que eu cito no meu livro¹¹). Em vez disso, a diabetes acontece. Não é atraente para eles. É um problema que enfrentam, ou um conjunto de problemas. E digamos, eles não “escolhem” medir com menos frequência do que a enfermeira sugere, mas isso acontece. De alguma maneira, podem falhar em organizar suas vidas cotidianas de acordo com as várias regras de vida que vêm com a doença. É possível que eles não vão dar conta de tudo. Esse é o meu ponto: cuidado não é principalmente sobre escolhas, mas é sobre a organização na prática. Inúmeros cientistas sociais repetem uns aos outros dizendo que, em práticas de cuidado, as pessoas estão oprimidas e dominadas. Claro que isso acontece, mas não é algo inerente às práticas em cuidado. Dominação é o oposto de escolha. O oposto de cuidado é negligência.

Então, o que é interessante sobre estudar a heterotopia de cuidado é para aprender sobre outras maneiras não liberais [*non-liberal*] de cuidado, sobre maneiras cuidadosas de organizar nossas vidas e nossas práticas.

Você busca estabelecer um diálogo com a Epidemiologia, especialmente pensando na ideia de “collectives”. Como então mobilizar a Epidemiologia de um modo diferente? Como criar categorias diferentes?

Categorias diferentes estão sendo criadas todo o tempo. Por exemplo, em relação a certas preocupações, a Epidemiologia faz a distinção entre “mulher” e “homem”. Porém, em relação a outras preocupações, não faz essa distinção, mas faz distinção entre “nascido prematuro” e “nascido a termo”. Também, em outros espaços, distinguem entre “pessoas com diabetes” e “pessoas sem diabetes” ou “adultos jovens” e “idosos” e assim por adiante. Categorias são criadas para dar conta de certos problemas de um lugar particular, seja parte de uma pesquisa ou nas políticas de saúde. Então nós – se por “nós” vocês se referem a cientistas sociais – também podemos criar categorias segundo o que combina com nossas pesquisas. Às vezes faz sentido contrastar “brasileiros” e “holandeses”, mas nem sempre. Às vezes faz mais sentido diferenciar entre “pessoas que trabalham em universidades”, “pessoas que trabalham em fábricas”, “profissionais”, “desempregados” e assim por diante. Como vocês sabem, em certos espaços, acadêmicos brasileiros e holandeses muitas vezes têm mais em comum entre eles do que com as pessoas com quem compartilham as ruas. É um pouco estranho que essas mesmas categorias – de gênero, classe, raça/etnia – continuem aparecendo em textos de ciências sociais. Essas são categorias obviamente relevantes, mas não são sempre relevantes e em relação a tudo. A arte é estar sempre atento ao que importa, ao que “exatamente” importa, em esta ou em outra prática específica.

A arte, para um acadêmico, é não ficar preso a conceitos, mas pensar enquanto adaptamos as ferramentas com que pensamos para enfrentar os problemas em questão.

Tradução de Samantha Serrano

Referências

1. Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Londres: Duke University Press; 2002.
2. Mol A. Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. Soc Stud Sci. 2013; 43(3):379-96.
3. Vogel E, Mol A. Enjoy your food: On losing weight and taking pleasure. Social Health Illn. 2014; 36(2):305-17.
4. Port M, Mol A. Chupar frutas in Salvador da Bahia: a case of practice-specific alterities. J Roy Anthropol Inst. 2015; 21(1):165-80.
5. John L, Mol A. Complexities: social studies of knowledge practices. Durham: Duke University Press; 2002.
6. De Laet M, Mol A. The Zimbabwe bush pump: mechanics of a fluid technology. Soc Stud Sci. 2000; 30:225-63.

7. Beisel U, Schneider T. Provincialising waste: the transformation of ambulance car 7/83–2 to Tro-Tro Dr. Jesus. *Environ Plan D Soc Space*. 2012; 30(4):639-54.
8. Redfield P. Fluid technologies: the bush pump, the LifeStraw® and microworlds of humanitarian design. *Soc Stud Sci*. 2016; 46(2):159-83.
9. Mol A. Ontological politics: a word and some questions. In: Law J, Hassard J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishing; 1999. p. 74-89.
10. Mol A. Who knows what a woman is... On the differences and the relations between the sciences. *Med Anthropol Theory*. 2015; 2(1):57-75.
11. Mol A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge; 2008.
12. Mol A, Lieshout P. *Ziek is het woord niet*. Amsterdam: Boom; 1989.
13. Mol A, Marc B, organizadores. *Differences in medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. Durham: Duke University Press; 1998.

Palavras-chave: Praxiologia. Ontologias políticas. Corpos múltiplos.

Keywords: Praxiology. Political ontologies. Multiple bodies.

Palavras clave: Praxiología. Ontologías políticas. Cuerpos múltiples.

Submetido em 03/04/17. Aprovado em 13/04/17.

Multiple bodies, political ontologies and the logic of care: an interview with Annemarie Mol

crédito: NWOlvar



Denise Martin^(a)
Mary Jane Spink^(b)
Pedro Paulo Gomes Pereira^(c)

In this interview with Annemarie Mol we explored important aspects of her academic production. We deal with themes such as: Multiple Bodies, Political Ontologies and the Logic of Care. Annemarie Mol (1958) researches at the confluence of philosophy, medical sociology, anthropology, the sociology of science, and social theory. She studied medicine (a free doctorate that after the ordinary BA mainly included social sciences of health care) and philosophy at the University of Utrecht. She completed her doctorate in philosophy at the University of Gronigen in 1989. Between 1990 and 1995, she worked as a post-doctoral fellow at the University of Maastricht and the University of Utrecht. In 1996, she was nominated Socrates Professor of Political Philosophy and senior researcher at the University of Twente. In 2008, she was named Socrates Professor of Social Theory at the University of Amsterdam. In 2010, she became a professor of Anthropology of the Body at the University of Amsterdam. Her books include: *Ziek is het woord niet* (with Peter van Lieshout); "Differences in Medicine" (edited with Marc Berg); "Complexities" (edited with John Law); "Care in Practice" (edited with Ingunn Moser and Jeannette Pols); and the single authored monographs "The Body Multiple; and The Logic of Care", as well as numerous articles in specialized journals. Annemarie Mol kindly agreed to answer the questions posed by Denise Martin, Mary Jane Spink and Pedro Paulo Gomes Pereira.

^(a,c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 740, sala 404, 4º andar, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04023-062. demartin.c@gmail.com; pedropaulopereira@hotmail.com

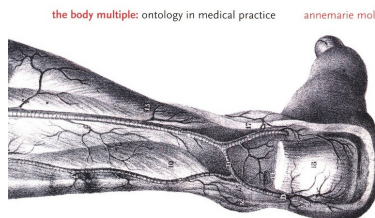
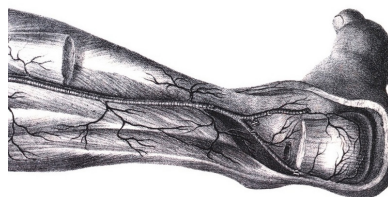
^(b) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mjpspink@gmail.com

In “The Body Multiple”¹, you show how bodies are manipulated through various practices. In order to do away with the dichotomy between the body we *have* and the body we *are*, you remind us that we *do* our bodies in everyday practices: we perform, we enact, we stage. We ask, therefore: How do we deal with our bodies? How is it possible to investigate the bodies that we *do*?

There are many ways to investigate the bodies we *do*. In “The Body Multiple”¹ my investigation focused on hospital practices related to vascular disease, atherosclerosis, particularly of the leg vessels. The body ‘we’ do in that setting, is done by a wide “we”: all kinds of people and apparatus are involved. The patient’s whose arteries are at stake actively participates in these doings. In the consulting room she talks (asks and answers questions) and takes off trousers and socks if required and allows the doctor to feel out the pulsations of her arteries and the condition of her skin. In the laboratory she contributes by rather not talking, or not too much, but allowing the technician to measure. For instance, to measure the difference between the blood pressure in the ankle and the arms. Or to measure the blood velocity through the leg arteries. Those are different measurements: the first *does* the disease as a fall in blood pressure, the second “does” it as a local increase in blood velocity. These ways of “doing” atherosclerosis both differ from the conversation between patient and doctor that earlier took place in the consulting room, where the disease rather takes the shape ‘pain upon walking’ and “weak pulsations” or a “badly nourished skin”.

However, it is also possible to investigate the body this or that “we” performs in other settings – outside the hospital. In the consulting room of dieticians, for instance. There it is not “pain upon walking” but, for instance, “overweight” that is the crucial problem tackled. In relation to that, people’s bodies are done as either greedy, or as needing nutrients, or as used to certain kinds of food, and so on². Or they are done rather differently, as lacking in satisfaction, or as craving care and hungering for love³.

How it is possible to study all that? By attending to what happens in a practice, wondering what each of the elements in the scene suggest about the reality (problem, concern) at stake in that practice, asking those present questions so as to learn about their take on things, reading around. And most importantly: by also study *other* practices and learn about both from the contrasts between them.



Book cover The body multiple

Along the same lines, how do we deal with illness? How can we think and talk about illness?

As I have studied physical diseases mostly, in most of what I wrote the doing of the body and the doing of illness flow over into each other. Even if my body multiple book is called “The Body Multiple”¹ the multiple it displays is primarily the disease ‘atherosclerosis’ rather than ‘the body’. But ‘Disease multiple’ would have been a less intriguing title. At the same time: different versions of a disease and different versions of the body go together. An anatomical version of atherosclerosis is situated in a spatial body. A body served by arteries with a certain width. This may be narrowed by a plaque. That is called a stenosis.

Physiology, by contrasts, suggests that atherosclerosis is not a structure in space but a process over time – in which plaque may gradually form. Hence, it also envisions as processual body, constantly transforming. And then there is a daily life version, which is translates in the hospital to a clinical version, of both body and disease. Here, the body is something lived with from day to day, hour to hour and the disease atherosclerosis takes the shape pain upon walking.

The crux of drawing out these distinctions is that going with one version or the other has different practical consequences. Pain upon walking may gradually diminish if a person walks a lot – twice a day for at least twenty minutes. But while walking solves the problem pain, it doesn’t alter the fact that the artery has a stenosis. Hence, if walking therapy is evaluated by measuring the width of the vessel it seems to fail, while if it is evaluated by assessing the complaints it is successful. An interesting tension, a relevant clash.

You use the term “enact” to show that objects (such as body and disease) exist as articulations of the practices that produce them. As you have shown, disease arises through the different modes through which it is enacted. *Enact* carries the sense both of staging and of causing to exist, of acting. Could you comment a little more about this central concept in “The Body Multiple”¹ (such as, for example, in relation to Judith Butler’s theory of performativity)?

There is not much difference between the way I use *enact* and the way Judith Butler writes about the “performance” of reality. Performance has a historical background in which there was a ‘true’ reality behind the stage where reality is performed. Butler doesn’t think there is a back-stage, but some of my reviewers did. That is one reason that I didn’t use the term: I wanted to avoid that connotation.

But listen, enacting has nothing to do with causing. Nor with making. Those are words that stress the past (in which ‘causes’ lie; or when “making” happened) and they stabilize the outcome, the present. The crux of the shift to performing/enacting is that the present itself is and remains unstable. There is a here and now, in which ‘doing’ happens, but it is “not” explained by what went before – there are patterns and routines, but there is also always the possibility of surprise.

“The Body Multiple”¹ is a powerful statement about praxiography, about practicalities and materialities, and about a type of ethnographic method that converses with multiplicity. As you say, doctors and patients ascribe meaning in different ways. However, practices at some point become words: either through field notes or through conversation about what one is doing. And these discursive practices are composites of linguistic repertoires that are embedded in meanings; hence, in interpretations, or differing versions. How, then, may we conciliate practices and discourses (or records) about practices? How can we consider language as practice?

There is a misunderstanding here, a confusion. I do *not* say that doctors and patients ascribe meaning in different ways. I tell that other authors have worked that out and that I want to take a further step, go beyond that. I hope to tell an additional story, which is that doctors and patients perform, or enact, reality “together”. So rather than the difference between them, I stress their collaboration. Doctors and patients collaborate, they need each other to *do* the reality of a disease. Without a patient telling about her/his concerns and complaints, a doctor has nothing to attach meaning to. And without a doctor offering explanations, diagnostic tools and treatments, the patient has problems, but these are not ‘atherosclerosis’.

The linguistic repertoires relevant to this collaboration do not come “after” them – they are a “part” of what happens in hospitals. This is different for my field notes – that, I would say, are particular kinds of digestions of what happens in the hospital. They are fairly irrelevant to hospital practices then and there, but they are in their turn part of other practices. Academic ones, maybe policy conversations, they could be made relevant in teaching – also teaching in medical schools – or in framing new research.

It is fully well possible to study language-in-practice. Of course, in many human practices there is a lot of talk! As it happens, it is one of my more recent projects to explore that. I am more particularly interested, one, in how this talk relates to the bodies of those present in the situation and, two, in the differences between languages-in-practice. For the fact that international academic work gets done in English has huge consequences for what we end up writing. You might like this, I hope you do: with a colleague who is an anthropologist working in Bahia we have written about the difference between *chupar fruta* and *comer fruta*⁴. About the way the practices that are linked to those words differ – and do not neatly map onto practices that one can talk or write about in English⁴.

In “The Body Multiple”¹, you state: “...what I want to stress for now is just this one thing: that my theoretical investigation into the coexistence of the various versions of a multiple object were, indeed, localized!” (p. 182). What does “localized” actually mean in the context of praxiography? Is the size of the field of little importance for praxiography? Can one follow practicalities and materialities when the field has no boundaries?

Localized here means situated. The point is that the ‘atherosclerosis multiple’ that I learned about in hospital Z, where I did my research, happens “there” and nowhere else. Things are already different in a hospital ten kilometers away. And if someone else would use similar research methods to study this atherosclerosis in a hospital in Bordeaux, Osaka, Salvador, she would not find different versions of this disease that would be coordinated in different ways.

The specificities of the field are therefore of great importance for praxiography – a practice is always somewhere, never everywhere. But I am not so sure that we do well to talk about this in terms of “size”. For practices are small or large, they are things that happen – they take place in time. The more relevant question might well be if they happen rarely or frequently. Not how big they are, but how often they occur.

I wonder why you talk about a field having no boundaries – it was a criticism on the notion of the network that networks have no boundaries. But fields actually do – take the metaphor literally, fields – like meadows or football fields – have a limit. That said, practices tend to not stay stuck in fields. They travel and hence a researcher may try to follow them around as they travel.

What a praxiographer cannot do is fully map out a field – in its totality, as a whole about we may tell everything there is to say. Instead, praxiographic research rather resembles following a trail, walking a path. As researcher I can be present in one moment and then in another and wonder how they are connected. Likewise, I can ask questions in one place and then another and wonder what kind of links there might be between them. For instance, in Hanoi people eat the same kind of bread as in Paris – if not as long baguettes, but far shorter. Does that mean that these two cities jointly form a field? No, Hanoi bread eating is rather an interesting trace of its French colonial past. It raises the question how it is that French bread has endured there for many decades after the French left. It must have something in its favor that locally make sense. Or taste good.

In science and technology studies there have been lots of interesting studies into technology transfer. They have critiqued the idea that a technology that works in one particular place works always and everywhere, works in general. Some ‘thing’ only works in a site if the conditions of possibility that allow for its working are in place. If you pick it up and transport a tool, machine or other thing – bread ! – to another setting, the question is always what will it do there, in that second site? Will it be accepted, celebrated, fail, fall apart? That is something that a researcher following the technology in question can study. Without the need to then say something general that would be true in other places.

It would be interesting to think of places and journeys, of topological figures such as networks, fluids, and regions. Could you speak more about the concept of topology?

Yes, I can say more about topology. About the “term” – but not about the *concept*. A concept is a firmly defined term that the author outlines clearly and then tries to keep stable. I am not invested in stabilizing words in that way. Instead, I take it that terms shift and change – get adapted as they travel. Hence, the question you ask about journeys may be reflected back on the terms in which we get to talk about those journeys. Terms, like technologies and other things, do not necessarily stay stable as they travel. They are fluid. Here is the story.

A region is a bounded space. A network – such as it was outlined in early actor network theory – was rather a syntax, a way of connecting elements. The original idea was that if a technology worked in two different regions (say, Sweden and Nicaragua) apparently the network held stable in both sites. In both regions there were enough, and similar enough, relevant elements around it that could stabilize it. That is what Bruno Latour meant when he introduced this tempting term “immutable mobiles”: things that do not change (are immutable) while they get transported (are mobile) from one region to another.

What we added to that (I did this in work with John Law⁵ and Marianne de Laet⁶) is that there are also “mutable mobiles”: things that keep working from one region to another, not because they stay the same, but rather because they adapt themselves. With Law⁵ we proposed this in relation to the ‘anemia’ – diagnosed and treated differently by Dutch doctors in the Netherlands and Dutch doctors practicing in diverse settings in rural Sub-Saharan Africa. Anemia travels while it transforms, we wrote. It is fluid. That is where we introduced the idea that the space in which “anemia” remains the same is a fluid space. It does not have a regional shape, it is no network. It is fluid. In that context we imported the term topology from mathematics – where this is a term for a space through which an object shifts shapes but does not rupture. I don’t cling to that term very much. What I find important is: that we do not take the three dimensions and linear scales of Euclidean space as the only way to imagine spatial reality.

With De Laet⁶ we wrote about a bush pump in Zimbabwe that kept working, not because it was fixed and never broke, but because it was adaptable and easy to repair. There have been various good critiques of that piece – that both build on it and amend it. Thus, Uli Beisel and Tillman Schneider⁷ warned the rest of us that fluidly adaptable may sound nice, but that is not always nice. If the technology involved is not a water pump but a car, and if this is adapted from an ambulance to a bush taxi, this may lead on to bumpy rides and an increased risk of accidents. And what happens to the car once it is broken? It gets discarded which raises further problems. In his turn, Peter Redfield⁸ argued that the bush pump that we studied in the late nineties may have held promises at the time, and may have looked beautiful to us, but was tied to a kind of nation state politics that is no longer in place. He makes a contrast with a straw that cleans water but is a small, marketable good. A very compelling comparison!

I give these examples to illustrate that rather seeking to fix concepts, such as topology, or fluids, I find it more relevant to engage in conversations about the realities our words help to explore. The aim of doing theory, after all, is not to fix and consolidate some highbrow verbal apparatus, but to find ways to give words to rising concerns or to old concerns that continue to be pressing but in a new form.

Within the social sciences, there is a growing interest in ontology. Some theoreticians talk about an “ontological turn.” You have an important article on “Ontological Politics⁹”. Could you comment on this interest, and on your own particular treatment of it?

This term ‘ontology’ in the social sciences is doing different things for different authors. In anthropology it can be used to stress that different cultural traditions do not just attach different meanings to the same solid reality – the reality that Western science alone knows for sure – but that people order ‘reality’ seriously differently – and may, in their own ways, compete with Western science. May have different “ontologies”. That is a fine use of the term.

My own use of “ontologies” is slightly different. In the nineteen nineties we were exploring how we could escape from the overwhelming ‘truth character’ of biomedical registers. And what we invented is: by contrasting different ways of speaking the truth and then show that they clashed. For me, this had started in the early eighties with the question “what a woman is¹⁰”. If different disciplines answered the question ‘what a woman is’ in different ways, without taking each other for granted, then that gave feminist a lot of freedom, too. We no longer had to take any of them as fixed and given. It was always possible to ask: why, when, where is this truth realized? What does it depend on? What are its alternatives?

When we started to use “ontology” in that context, the idea was to play with that term in a provocative way. In post-Kantian philosophy ontology had been the term for a reality that the sciences could never reach as they inevitably sought to know it in their own categories, their own terms. We said: but the point is not to reach out to reality and never reach it – in knowledge practice realities (in the plural) are various brought into being. In order to stress *that* we mobilized the old term ontology, put it in the plural and tried to give it a new meaning. Not as preceding knowledge, but as done, enacted, performed, in the processes of knowing.

At the time, climate change deniers, and so on, were not yet an issue. Later they emerged and that complicates the analysis. Where first we had needed to stress the flexibility and diversity of knowledge, later insisting on the limits of that adaptability became relevant as well. As it is, I am concerned that when terms like ‘ontological politics’ get fixed and firmed up, it becomes difficult to adapt our work to what is relevant here and now. With politicians thinking they are free to believe or not believe scientists who warn them about global warming, we might need other terms. Nobody should get the idea that ontology readily obeys the decrees of rulers.

There have been some difficulties in the Portuguese translation of the term “Ontological politics”. You state that this is a composite term: a joining of ontology, used in standard philosophical parlance to define that which “belongs to the real, the conditions of possibility we live with,” with the term politics. Therefore, the term “politics” underlines the process of shaping reality and its character as that which is “both open and contested”. The suggestion is that “the conditions of possibility are not given”. Further on, you bring up the issue of choice, and choice derives from multiplicity; therefore, from ontologies in the plural. Trying to follow the argument, the translation could be “*Ontologias políticas*”, i.e., if we talk about reality as multiple, then ontology is best used in the plural, and if reality is performed in many different manners, the issue of politics becomes foremost. Thus, it is not a policy but a philosophical position that implies choice, and therefore has political implications. However, various colleagues in Brazil and Portugal have translated the term as *Política Ontológica*. “*Política*,” in Portuguese, means the art or science of governance. Therefore, the translation would imply that opting for an open-ended ontology is a political act with governmentality effects. It would be wonderful if you could help us on this translations issue, perhaps by telling us how you translate the term in English.

If you give me this short lesson in Portuguese, it is easy for me to tell you which translation I prefer: the first one. *Ontologias políticas*. For indeed the point is that reality does not come in a single version, but is multiple. There is not just one ontology – be it closed or open ended, rich or rigid. What with our work we tried to stress is that ‘ontology’ does not precede knowledge practices, but is done (performed, enacted) in these practices. And because there are many practices, there are also many ontologies.

But where various practices are closely linked, such as in a hospital, the ontologies are linked as well, in practice. Hence, the “word” best be put in the plural, but we are not talking pluralism. The different versions of reality that are done in hospitals are connected. A patient who talks to a doctor in

a consulting room may receive a clinical diagnosis, while laboratory measurements 'do' her disease in a different way. However, these versions of reality relate: the lab tends to come *after* the consulting room. What is more, the normal values of the laboratory tend to be established by measurements on people who are clinically normal – hence there one version includes the other.

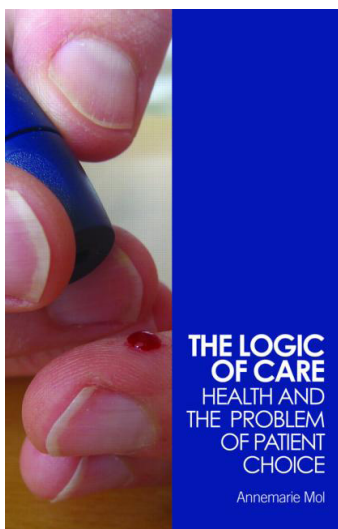
Reality might be organized differently – for instance the lab could come first – the blood pressure in everybody's ankles could be measured, say, every year. That is the "politics" part, that things may be organized in different ways. But I would not want to call this a choice. I wrestle with that in my text about 'ontological politics'. There may be different possibilities, but often there is not a clear cut moment where a 'choice' is practically organized. And choices do not just follow from there being different ways of doing things. They also depend on there being moments where these different ways can be considered and weighed and where it is then possible to go one way or rather the other. Take the organization of health care: in most cases the starting point of care is not population measurements, but people going to the doctor because they feel they have a problem. This is so firmly embedded in so many institutions that it would be hard to change. It would also be far too expensive. Hence, where might the choice lie?

In your book *The Logic of Care*¹¹, the word "patient" carries an association with passivity and subordination to the biomedical model from the very beginning. In Brazil, patients in the public health system are referred to as "users" and not as "patients." Taking advantage of your invitation to use the ideas in your book actively, it would be especially interesting to consider the professional formation of health care professionals in Brazil by introducing the concepts of "doctoring" and "patientism" in a creative and contextualized way. Could you comment further on these concepts?

The association of patient and passive is an etymological fact. In my "Logic of Care"¹¹ book I mention it and turn against it. I write about 'active patients' – if only because modern day patients with chronic diseases have to *do* so much. A doctor may "prescribe" pills, but the patient is the one who has to "take" them. Remember them, find them, swallow them. This already indicates why the term 'user' is not particularly fitting. For this suggest that there is something on offer that a person may 'use' – there is health care, please, come in, pay, and make use of it. But usually that is not the situation. One may "use" the services of a laboratory that offers blood measurements – once in a while. But the rest of the time, at home, people with chronic diseases have to do their care themselves, including a lot of measurements. They do not "use" health care, but *do* health care, are actively engaged in it.

The term "doctoring" suggest a particular way of doing, of working, that is not linear. It resonates with tinkering, with trying and adapting and trying again. If you look it up in an English dictionary, 'doctoring' also stands for cheating. But I turn against that meaning of the term, I suggest that that meaning follows on from expecting processes to be linear and follow a straight course. In situations where we have no firm control – and I would argue that means in "most" situations – doctoring is a good word for attempts to still get things done.

And the term "patientism" I suggested in analogy to "feminism". In the "Logic of Care"¹¹ I argue against the liberal model of the rational decision maker (see also question 11). Rather than having to fit with the model of the buyer or the citizen, I suggest, patients should be taken seriously as what they are – as somehow coping with a disease, that throws up problems, that they try to tame and live with one way or another. This is not just their particular deviant situation, but when it comes to it a more fitting model for many other moments. Just like "feminism" refuses the idea that men are ideal humans, "patientism" refuses the illusion that being fully healthy is the standard situation in life.



Book cover The logic of care

In *Ziek is het woord niet*¹², written with Peter van Lieshout, you examine medicalization and the monopoly of medicine. Yet in “Differences in Medicine”¹³, written with Marc Berg, you seek to distance yourselves from medicine as a coherent and unified way of thinking, showing a variety of forms of practicing Western medicine. In your ethnography of Hospital Z, in “The Body Multiple”¹ – in which you focus on medicine, medical knowledge, medical technology, medical diagnostics, and medical interventions – you explore medical differences from within. Has your perception of medicine changed throughout your intellectual trajectory? Could you comment on this trajectory?

In the book *Ziek is het woord niet*¹² (published in 1989) we do not study “medicalization” but the “term” “medicalization”. And we argue that that term does *not* fit very well with what happened in Dutch health care in the forty preceding years, that is between 1945 and 1985. For when it was first coined the “term” medicalization was not just used to talk about the monopoly of medicine. It was more particularly used to indicate that various behaviors that were earlier condemned on *moral* grounds (like having homosexual relations; or getting pregnant without being married) had gradually come to be called deviances. They were turned into a *medical* concern – but still not accepted. What we saw in the Dutch medical journals we analyzed was that from the sixties onwards general practitioners and mental health practitioners were themselves reflexive about this and sought to limit and restrict their domain. They did not want to medicalize. Moreover, they fairly rapidly stopped calling homosexuality and single motherhood deviances. Other things were going on.

Hence, in relation to your question, I have *not* changed very much – just asked different questions time and again and investigated different materials and settings.

In your proposal of a *logic of care*, you critique “Western clichés,” with their valorization of individuality and autonomy. What are the relations between these values and practices of care? You define “practices of care” as heterotopias. Can you speak more about this subject?

Sure I can speak more about it, I wrote a whole book about it... But to go short. I called practices of care a heterotopia, because they offer a site, a place, which is *other* to the dominant western ideal of individuals who make rational choices. In care practices this ideal doesn't work so well – if only because people do not 'choose' to have, say, type 1 diabetes (the case that I follow in my book¹¹). Instead, this happens to them. It is not attractive at all, it is a problem they face, or a set of problems. And then, say, they do not 'choose' to measure less often than their nurse suggested they should, but this may still happen. Somehow they may fail to get their daily life organized in accordance with the many life rules that come with their disease. They may not get their act together. That is my point: care is not first and foremost about making decisions, but about getting things organized in practice. All too many social scientists had repeated each other by saying that in care practices people are oppressed and dominated. Of course this may happen, but it is not inherent to care practices. Domination is opposite of choice. The opposite of care is neglect.

Hence, the interest of studying the heterotopia of care is to learn about other, non-liberal, caring ways of organizing our life and our practices.

You aim to establish dialogue with epidemiology, especially thinking of the idea of “collectives.” How can we mobilize epidemiology in a different way? How can we create different categories?

Different categories get created all the time. For instance, in relation to some concerns epidemiology makes a difference between “women” and “men”. However, in relation to other concerns it doesn't, but rather differentiates between “premature born” and “born after full gestation”. Elsewhere again, it makes categories like “people with diabetes” and “people without diabetes”; or “young adults” and “the elderly”. And so on and so forth. Categories get made that fit the concerns of a particular setting – be it research or health policy. So “we” – if by we you mean social scientists – can make categories according to what fits our research, too. Sometimes it makes sense to contrast “Brazilians” and “Dutch”. But not always. Sometimes it makes more sense to differentiate between, say, “people working in universities”, “people working in industry”, “professionals”, “the jobless” – and so on. As you know fully well, in some settings Brazilian and Dutch academics have more in common with each other than with the people with whom they share the streets. It is somewhat strange that the same categories – of gender, class and race/ethnicity – keep appearing again and again in social science text. These are obviously relevant categories, but they are not relevant always and in relation to everything. The art is to always be attentive to what matters, to what “exactly” matters, in this or that specific practice.

The art for an academic is to not get caught in concepts, but to think while adapting the tools we think with for the problems at hand.

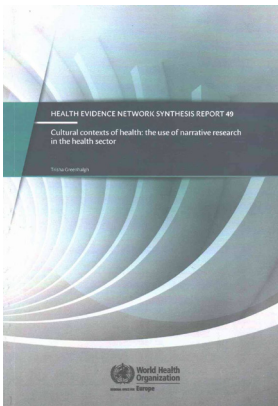
Translated by Samantha Serrano

References

1. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Londres: Duke University Press; 2002.
2. Mol A. Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. *Soc Stud Sci*. 2013; 43(3):379-96.
3. Vogel E, Mol A. Enjoy your food: On losing weight and taking pleasure. *Social Health Illn*. 2014; 36(2):305-17.
4. Port M, Mol A. Chupar frutas in Salvador da Bahia: a case of practice-specific alterities. *J Roy Anthropol Inst*. 2015; 21(1):165-80.
5. John L, Mol A. *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press; 2002.
6. De Laet M, Mol A. The Zimbabwe bush pump: mechanics of a fluid technology. *Soc Stud Sci*. 2000; 30:225-63.
7. Beisel U, Schneider T. Provincialising waste: the transformation of ambulance car 7/83-2 to Tro-Tro Dr. Jesus. *Environ Plan D Soc Space*. 2012; 30(4):639-54.
8. Redfield P. Fluid technologies: the bush pump, the LifeStraw® and microworlds of humanitarian design. *Soc Stud Sci*. 2016; 46(2):159-83.
9. Mol A. Ontological politics: a word and some questions. In: Law J, Hassard J. *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishing; 1999. p. 74-89.
10. Mol A. Who knows what a woman is... On the differences and the relations between the sciences. *Med Anthropol Theory*. 2015; 2(1):57-75.
11. Mol A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. New York: Routledge; 2008.
12. Mol A, Lieshout P. *Ziek is het woord niet*. Amsterdam: Boom; 1989.
13. Mol A, Marc B, organizadores. *Differences in medicine: unraveling practices, techniques and bodies*. Durham: Duke University Press; 1998.

Keywords: Praxiology. Political ontologies. Multiple bodies.

Submitted 03/04/17. Approved 13/04/17.



Greenhalgh T. Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. (Health Evidence Network Synthesis Report 49)¹.

Everardo Duarte Nunes^(a)

A pesquisa narrativa em saúde

Em 2003, o Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde criou um serviço de informação em saúde pública denominado *HEN – Health Evidence Network*. Baseado em “evidências sintetizadas”, propõe “opções políticas” para o desenvolvimento de futuras recomendações na tomada de decisões em saúde. No sentido de programar o plano Saúde 2020, foi realizada uma reunião, em 2015, a fim de discutir como o projeto HEN poderia ser “melhorado por meio de uma maior compreensão dos conteúdos culturais da saúde na região europeia altamente diversificada”. Entre as sugestões, figuraram: uso de novos tipos de evidência, pesquisa qualitativa e narrativa, ampliação de disciplinas acadêmicas relacionadas a contextos culturais¹.

Embora se trate de um Relatório da Região Europeia, a sua aplicação estende-se a outras regiões e situações culturais, por sua originalidade metodológica na pesquisa sobre narrativas, pelos exemplos citados e pelas recomendações feitas. Foi elaborado por Trisha Greenhalgh, Professora de *Primary Care Health Sciences, University of Oxford*, Reino Unido.

Num momento de franco desenvolvimento do campo narrativo em medicina/saúde/adoecimento, o documento reveste-se de especial importância, especialmente porque recoloca a discussão de que “Embora ouvir histórias dos pacientes seja um elemento-chave da medicina clínica, o uso de pesquisas narrativas para melhorar a compreensão de contextos culturais de saúde é mais recente”¹ (p. vii).

A ideia básica é responder: como narrativa e cultura se relacionam; como “capturar”, pela narrativa, os sistemas de valores e significados partilhados pelos grupos de pessoas, as possibilidades e limites da narrativa no campo da saúde; e como a pesquisa narrativa pode ser utilizada nas políticas de saúde.

Apesar da amplitude das questões propostas, o Relatório sistematiza, de forma didática e com profundidade, questões teóricas, metodológicas e de aplicação.

A abordagem metodológica foi a da “revisão hermenêutica”, para pesquisar o uso da narrativa em saúde, pois “uma abordagem abertamente tecnocrática, embora superficialmente rigorosa, poderia ofuscar o processo crítico de interpretação e julgamento”. A metodologia baseia-se em Boell e Cecez-Kecmanovic², que partem

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. evernunes@uol.com.br

da observação de que “abordagens altamente estruturadas, (à *la* revisão sistemática), minimizam a importância da leitura e da interação dialógica entre a literatura e o pesquisador; a continuidade interpretativa e questionamento; a avaliação crítica e a criatividade; o desenvolvimento da argumentação e da escrita – atividades altamente intelectuais e criativas, que buscam originalidade ao invés de replicabilidade” (p. 2). Composto por dois momentos – o da busca-investigação e o da análise-interpretação –, trata-se de um processo interpretativo, e não técnico. Seus principais pontos são os seguintes: 1. Início da pesquisa como um quebra-cabeça ou um problema; 2. Busca de textos introdutórios mais gerais e artigos de revisão; 3. Fase de interpretação dos textos e descoberta de textos adicionais relevantes; 4. Identificação e compreensão das principais ideias, descobertas, conceitos e teorias; 5. Estabelecimento de conexões entre os achados, teorias, conceitos etc.; 6. Envolvimento do pesquisador (a) com o material, construindo seu próprio caminho; 7. Questionamento e refinamento das ideias iniciais (p. 47).

Seguindo a metodologia adotada, as fontes bibliográficas foram identificadas partindo de uma pequena seleção de livros e artigos “amplamente reconhecidos como seminais no campo”. São textos das décadas de 1980 (C. Mattingly, C K Kleinman), 1990 (A W Frank, T Greenhalgh, B Hurtwitz), 2000 (C K Riessman, R Charon, M Bury). Na parte referente aos estudos de caso, os exemplos foram também selecionados por meio da “*citation pearl searching*” – estratégia de usar uma publicação relevante para encontrar outras.

Os resultados encontrados foram analisados em duas partes: 1ª. – métodos narrativos no cuidado à saúde, 2ª. – exemplos de pesquisa narrativa nos campos da nutrição, do bem-estar e da saúde mental.

Para Greenhalgh, “Uma narrativa (*story*) é um relato com um começo, uma seqüência de eventos que se desenrolam e um final. A narrativa coloca personagens, eventos, ações e contexto juntos, para dar sentido a eles, e geralmente segue uma forma e um padrão reconhecíveis (por exemplo, romance, mito ou caso clínico)”. Destaca que “nenhuma história é uma versão objetiva da verdade”; as histórias são subjetivas e intersubjetivas, “incorporadas em práticas institucionais e sociais”, e “convencem

não pela sua verdade objetiva, mas por sua semelhança com a vida real e impacto sobre o leitor ou ouvinte”. Considera que, se os primeiros autores, como Aristóteles, focalizavam a estrutura (narrativa como substantivo), recentemente, o foco é “mais sobre o ato de contar uma história (narrativa como verbo)” (p. 3,4).

Em seguida, o Relatório destaca uma tipologia de pesquisas narrativas no cuidado à saúde (PNCS): o estudo de caso clínico tradicional; os relatos individuais de adoecimento, obtidos por meio de entrevistas qualitativas; o estudo de caso de narrativas de uma organização ou sistema de cuidado à saúde – contexto institucional da experiência individual do adoecimento e tratamento; narrativas socioculturais que contextualizam histórias particulares de adoecimento; discursos políticos (enquadramentos particulares que motivam a ação ou justificam a inércia); o drama social como estratégia da pesquisa participativa; e as narrativas compartilhadas – as múltiplas vozes das comunidades *online* e dos movimentos sociais (p. 4).

Os critérios de qualidade para PNCS não diferem daqueles de qualquer pesquisa de alta qualidade: originalidade, clareza e importância do tema a ser pesquisado, adequação do projeto à proposta da pesquisa, amostragem, identificação da unidade de análise, entre outros. Mas, ao apontar que “O rigor na pesquisa narrativa é menos sobre procedimentos técnicos (por ex., que dois observadores independentemente verifiquem os dados) do que produzir interpretação convincente” (p. 5), destaca que a confiabilidade, plausibilidade e criticidade (reflexividade, questionamento e interpretações alternativas) são fundamentais. Salienta o documento que “Contar e interpretar histórias pertence às disciplinas das humanidades e não é uma ciência pura”, o que não impede que métodos científicos, como os da linguística, possam ser utilizados. Como procedimentos para garantir critérios científicos à pesquisa, são citados: coletar várias histórias sobre o mesmo assunto, relacionar a história a outras fontes, como dados biomédicos, etc. O que não pode ser marginalizado são os deveres éticos na coleta e uso das histórias: honestidade, consentimento, confidencialidade.

Outro destaque do documento é assinalar que, desde o final de 1990, “A falsa dicotomia

entre a medicina baseada em evidências e a narrativa foi descartada”, e que “pesquisas narrativas bem conduzidas e analisadas podem complementar estudos randomizados, estudos observacionais e dados coletados rotineiramente de vários tipos” (p. 7).

Como pontos positivos da abordagem narrativa, são citados: a construção de significados; não ser linear – “retratar eventos que emergem da interação entre ações, relações e contextos”; ser evocativa e memorável; ter um caráter perspectivo – “particulariza a visão de uma pessoa ou grupo cultural”; “capturar um conhecimento tácito”; ser retórica; estar “aninhada dentro de metanarrativas mais amplas”; ter uma dimensão ética; ser aberta – diferentes começos e diferentes fins; ser subversiva, na expressão de Jerome Bruner – “Todas as histórias envolvem uma tensão entre o canônico e o inesperado” (p. 7-9).

Entre os aspectos potencialmente limitantes das narrativas, são apontados: “não são verdadeiras em nenhum sentido simples”, terem um caráter ficcional, na expressão de Norman Denzin, mas, como já foi assinalado e o texto reforça, “podem ser pensadas em uma visão perspectiva” e não “enviezada”; diferentemente do que ocorre na epidemiologia, onde bias (vies) tem “tons negativos”, na pesquisa narrativa, perspectiva tem “tons positivos”. Este ponto positivo qualifica a narrativa, pois “permite o acesso aos sentimentos de uma pessoa e ao mundo da vida. No entanto, se as histórias pessoais são equiparadas com a verdade, isto empobrece a pesquisa” (p. 9).

O documento considera que os contextos institucionais onde as pesquisas são realizadas podem restringir e distorcer as histórias contadas; histórias podem não ser contadas no caso de os indivíduos terem perdido a capacidade de narrar (incapacidade ou demência) ou serem traumatizados pela própria história; falta de treinamento do entrevistador na obtenção das histórias, como limitantes da pesquisa narrativa.

Sobre o uso da pesquisa narrativa – centrada nas pessoas – no âmbito das políticas e do planejamento de saúde, o documento cita: melhorar o conhecimento em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades; apoiar o fortalecimento do autocuidado e das redes sociais; dar voz à comunidade; desenvolver uma abordagem holística na formação profissional;

promover acessibilidade do cuidado centrado no paciente.

Ponto alto da análise refere-se ao fato de que a evidência narrativa pode ser aplicada tanto no nível individual como no da comunidade, e que os usos mais radicais da narrativa podem incluir membros da comunidade num esquema de pesquisa participativa.

A segunda parte dos achados foi dedicada a analisar a literatura que trata de três estudos de caso: sobre dieta e nutrição, mensuração do bem-estar e saúde mental de refugiados, incluindo aqueles que “buscam proteção” (*asylum seekers*), e suas relações com a cultura. As fontes são estudos de países europeus, e também de outros continentes (América, África e Ásia).

No caso dos estudos sobre nutrição e alimentação, as questões centram-se em alguns pontos como: motivos que levam as pessoas a consumirem determinados alimentos e o que eles significam para elas; como as narrativas ajudam a entender as escolhas dietéticas quando “incorporadas nas práticas culturais”; “explorar os desafios enfrentados quando se procura comer de forma saudável em ambiente obesogênico”; a importância crucial do contexto social (por ex.: restrições religiosas, costumes étnicos, crenças) em sua influência nas escolhas dietéticas. Entre as conclusões dessa revisão de estudos, o documento aponta que “as políticas de saúde pública devem passar de uma abordagem baseada em um modelo (que busca corrigir as supostas deficiências de conhecimento, motivação, etc) a um baseado no encorajamento de alimentos mais saudáveis nas práticas sociais e disponibilizar opções mais saudáveis de alimentos práticos (*convenience food*)” (p. 15).

Em relação à investigação narrativa nessa área, destacam-se as histórias contadas em um ambiente real (*blogs on-line*, por exemplo), no sentido de construir narrativas mais individualizadas sobre a alimentação.

O segundo grupo de estudos de caso aborda a mensuração do bem-estar que, para alguns pesquisadores, é passível de contestação, por ser “um fenômeno inerentemente subjetivo”. Esta colocação tem levado, até recentemente, ser uma área “dominada pela métrica quantitativa”. Outro debate atual questiona “se o bem-estar é uma característica universal” ou “uma especificidade cultural”; e se “o foco no bem-estar individual desvia-nos de uma análise mais crítica das

desigualdades estruturais na sociedade". Lembra o documento que a OMS procura complementar índices subjetivos com medidas quantitativas, mas "as evidências narrativas da natureza da experiência de bem-estar" ainda são pouco utilizadas.

Como é assinalado pelos exemplos de diversos contextos culturais, a "Narrativa acrescenta granularidade aos dados da pesquisa" (p. 18). Em um caso – "estudo narrativo de prosperidade precária" – é analisada a situação de uma mulher suíça, nível universitário, com renda mensal acima da média nacional, revelando que essa renda provinha de "trabalhos insatisfatórios, de curta duração e que demandavam viagens e permanência em abrigos temporários", cujos empregos ofereciam poucos ou nenhum direito trabalhista e não levavam em consideração as suas qualificações e experiências profissionais.

Outro exemplo interessante é sobre a pobreza em um país africano, no qual dados qualitativos entre crianças e adultos mostraram como eles classificavam diferentes níveis de pobreza. Verificou-se que os níveis não se referiam "meramente ao valor material e econômico da propriedade e posses (incluindo a propriedade de terras e animais), mas também sobre o valor simbólico e relacional", que se refletiam na "significância cultural da propriedade" (incluindo, por exemplo, a posse de itens particulares de vestimenta) e valorização da autoestima e participação social (p. 18).

Dois outros estudos mostram a enorme possibilidade da pesquisa qualitativa narrativa. O primeiro, para explorar o impacto da remoção de minas terrestres por meio de entrevistas e foto-elicitação (uso de imagens para evocar informações) sobre o bem-estar de uma comunidade cambojana. Narrativas antes da remoção relatam estresse psicológico, pela restrição na circulação, de um modo geral, e das crianças, para frequentar as escolas, trabalhar a terra, entre outros. O segundo relata a pesquisa de dois grupos de idosos do Reino Unido (britânicos e imigrantes) e "o uso de tecnologias de assistência para uma vida saudável", também com entrevistas narrativas e foto-elicitação. Foi detectado que "a doença crônica impedia que as pessoas fizessem as coisas que eram importantes para elas e que lhes davam significado e identidade", gerando "sentimentos de perda e desespero", e que as tecnologias usadas

"raramente restabele[ci]am essa conexão" (p. 20).

O terceiro grupo de estudos de caso refere-se à saúde mental de refugiados. Trata-se de campo complexo que envolve "um grande número de variáveis que impactam positivamente ou negativamente sobre o processo de aculturação dos migrantes (i.e., integração, assimilação, rejeição ou marginalização)". A proposta de uma "taxinomia de variáveis" inclui: variáveis sociodemográficas (sexo, idade, etnia, religião, etc.); societárias (características da sociedade para a qual migram, se são pluralistas, tolerantes, racistas); do próprio grupo migrante (se são trabalhadores temporários, imigrantes, refugiados, buscando proteção); variáveis sociológicas e psicológicas (experiências anteriores de privações); variáveis comportamentais (acidentes, uso de drogas, álcool, crimes). Segundo o documento, "Estas variáveis, assim como o modo de resolução do processo de aculturação determinarão o grau final de resultados positivos ou negativos quando resolvido o impacto do estresse aculturativo" (p. 21).

O documento aponta que um importante fator que pode levar a problemas mentais entre migrantes é o trauma relacionado a eventos anteriores em seus países de origem ou à própria jornada com uma alta prevalência de estresses psicológicos não específicos e psicopatologias (depressão, ansiedade, esquizofrenia, etc.) (p. 22).

Ressaltam os pesquisadores destas questões a importância das narrativas dos próprios sujeitos que passaram pela experiência de uma migração forçada. Entre as possibilidades metodológicas para a pesquisa narrativa, citam as entrevistas biográficas em profundidade, por exemplo, no caso relatado do estudo de homens jovens vivendo na Noruega, procedentes do norte da África, Oriente Médio e sul da Ásia, que haviam se tornado dependentes de drogas e com tentativas de suicídio, como formas de fugirem de situações intoleráveis. Lembram, os pesquisadores, os desafios que enfrentam quando pesquisam vítimas de opressão, tortura ou violência política, quando as "experiências traumáticas fragmentam a memória, minam a confiança, e inibem a expressão". Situam, também, a questão de que, muitas vezes, as "vozes que se ouvem" não são as dos entrevistados, mas dos pesquisadores.

O documento observa que, no caso de estudos clínicos que "usam a interpretação de narrativas a

fim de desenvolver teorias”, levantam-se questões até onde a pessoa de um médico ou terapeuta é autorizada a advogar para um indivíduo em textos acadêmicos, e a sua legitimidade ou mandato moral para assim fazer. Aspecto interessante é quando “Parcialmente por causa da dificuldade em obter narrativas autênticas na primeira pessoa neste tipo de pesquisa, alguns autores têm usado uma abordagem mais radical, semi-ficcional, para traduzir as experiências dos doentes”. Por exemplo, a descrição elaborada pelo Dr. Joseph Achotegui, professor de Psicopatologia na Universidade de Barcelona, de uma nova síndrome – a síndrome de Ulisses –, tomando como referência o herói grego “que levou dez anos para voltar ao seu lar, vagando angustiado pelos mares e longe dos seus entes queridos”. Achotegui define a síndrome como uma “combinação dos sintomas físicos (por exemplo, insônia, dores de cabeça e cansaço) e psicológicos (por exemplo, alucinações, irritabilidade e ansiedade) experimentada por migrantes que enfrentam múltiplos estressores”. Interessante é que “Em vez de explicar os sintomas da síndrome de Ulisses em termos de combinações das variáveis (as pessoas migram, não constroem teorias), Achotegui estabelece paralelos com a história intercultural de Ulisses, cuja identidade é tão profundamente danificada por sua provação” (p. 24-5).

Outras pesquisas que tratam de migrantes que solicitam proteção e das relações com o sistema de saúde são relatadas e trazem importantes reflexões sobre as diferenças culturais nesses momentos, criando dificuldades de comunicação.

Há muitos pontos positivos neste Relatório, não somente pela atualidade do tema – a pesquisa narrativa –, ao adotar uma metodologia original, mas por levantar questões que atravessam a sociedade atual de todos os continentes. A abordagem metodológica de natureza qualitativa, por meio da revisão hermenêutica, “sumariza e sintetiza” evidências, trazendo, para o campo da saúde, especial contribuição ao “completar e ampliar as abordagens tradicionais”. Ressalte-se que as técnicas poderão variar e ser “usadas ecleticamente e em combinação para capturar contextos culturais” (entrevistas, etnografia, foto-elicitación, etc.).

Ao adotar uma visão holística da saúde e bem-estar e estender a sua compreensão numa interface-indivíduo-cultura-sociedade – vai além da realidade exemplificada no texto, podendo ser aplicado às mais diversas sociedades que enfrentam problemas similares, tanto nos processos migratórios (forçados), como nas questões nutricionais, nos processos de adoecimento, quer sejam físicos ou mentais.

Referências

1. Greenhalgh T. Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network Synthesis Report 49). [citado 4 Abr 2017]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1
2. Boell SK, Cecez-Kecmanovic D. A hermeneutic approach for conducting literature reviews and literature searches. *Commun Assoc Inform Syst* [Internet]. 2014; 34(1):257-86 [citado 4 Abr 2017]. Disponível em: <http://aisel.aisnet.org/cais/vol34/iss1/12>.

Submetido em 28/04/17. Aprovado em 03/05/17.

Impressões e compreensões sobre uma comunidade rural na Amazônia, Brasil

Ricardo Agum Ribeiro^(a)
Sávio Luis Stoco^(b)
Alessandra Ferreira Dales Nava^(c)
Sully de Souza Sampaio^(d)
Leandro Luiz Giatti^(e)


^(a) Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAGESC), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Amazônia. Bolsista de Desenvolvimento Científico Regional, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). Rua Teresina, 476, Adrianópolis. Manaus, AM, Brasil. 69057-070. ricardoagum@yahoo.com.br

^(b) Doutorando, Programa de Pós-Graduação Meios e Processos Audiovisuais da Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo (ECA-USP). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas. São Paulo, SP, Brasil. saviostoco@gmail.com

^(c) Fiocruz Amazônia. Bolsista Tec-Tec FAPEAM/Fiocruz. Manaus, AM, Brasil. navaveterinaria@gmail.com

^(d) Cientista social. Bolsista Tec-Tec FAPEAM/Fiocruz. Manaus, AM, Brasil. sullysampaio@gmail.com

^(e) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP, Brasil. lgiatti@usp.br



A pluralidade do itinerário a percorrer nos caminhos formados pelos novos ramais de piçarra abertos no assentamento rural de Rio Pardo, no município amazonense de Presidente Figueiredo, bem poderia ser tomada como metáfora da busca por captar esta comunidade por meio de um ensaio fotográfico

em um projeto de criação coletivo e interdisciplinar⁽⁴⁾, e que se propunha, metodologicamente, evitar um roteiro preestabelecido.



⁽⁴⁾ As imagens apresentadas foram produzidas, em 2015, com o apoio do Edital Amazônia Cultural 2013 do Ministério da Cultura e do Edital Pop C&T 2015 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas – FAPEAM. O trabalho é parte do projeto Visão Pardo, em que um grupo de pesquisadores-fotógrafos, oriundos de distintas formações, e que regularmente utilizam fotografias como instrumento complementar a suas pesquisas, compôs um grupo artístico, denominado Coletivo PARDO, na busca de construir uma narrativa da comunidade de Rio Pardo por meio da fotografia, capaz de permear e integrar os olhares disciplinares.

Essa abordagem buscou da seguinte maneira se fazer desviante. Primeiro, buscando se elaborar, a partir do diretamente visto e apreensível, sem que as imagens fossem tratadas com menor importância em relação às ideias. E, em seguida, buscando alinhar a narrativa visual, englobando as ideias, por vezes heterogêneas, partilhadas entre os nove pesquisadores-fotógrafos de distintas formações⁽⁵⁾ – ao invés de um olhar unilateral que, no caso, se tivesse sido a maneira de produção, corresponderia ao ponto de vista de um único fotógrafo, com sua “autonomia” preservada.

⁽⁵⁾ Os créditos de todas as imagens serão concedidos ao Coletivo PARDO, que tem como componentes para o projeto: Alessandra Nava; Danielle Ferreira; Leandro Giatti; Márcio Rodrigues; Ricardo Agum; Rodrigo Mexas; Sávio Stoco; Sérgio Coelho e Sully Sampaio.

^(h) Neste processo de reunião dos acervos, nas leituras coletivas que promovíamos a partir dos resultados de fotógrafo, tivemos situações em que imagens que, inicialmente, eram consideradas falhas, puderam ser reavaliadas conjuntamente e inseridas.

⁽ⁱ⁾ Usamos o termo “narrativa” tanto em sua sugestão a acontecimentos a serem percebidos em continuidade, quanto de forma não linear, mas dispostos um após o outro.

Por outro lado, as indicações iniciais aos pesquisadores-fotógrafos foram no sentido de estimulá-los a seguirem quaisquer que fossem suas orientações formais para a produção das imagens. Na etapa de edição e composição final^(h), a ideia seria ter à disposição um emaranhado instigante de rotas-imagens a fim de pavimentarmos uma narrativa⁽ⁱ⁾ em conjunto.





Prezando pela especificidade diversa deste grupo reunido, fomos entendendo o valor de integrarmos a interdisciplinaridade na elaboração de um discurso ensaístico sobre Rio Pardo, e que isso fosse moldando e enriquecendo nosso imaginário sobre o local. Lembrando que defrontar o acúmulo dos conhecimentos que as disciplinas científicas dispõem atualmente, tal como esclarece Jean Starobinski a seguir, seria uma marca de distinção dos discursos ensaísticos contemporâneos⁽¹⁾. Ele indica um primeiro movimento de “tirar partido” justamente do montante de reflexões, noções, formas de estudar e compreender certos objetos que as disciplinas desenvolvem, para que a inquietação ensaística possa ser implantada e desenvolvida neste cadinho:

⁽¹⁾ A princípio entendemos que, neste texto, o autor se refere ao ensaio literário, mas, pela forma aberta, também poderíamos levar as considerações para outras linguagens artísticas ou de expressão.

Vê-se que se trata de tirar o melhor partido dessas disciplinas, de aproveitar tudo o que elas podem oferecer, e, em seguida, tomar distância delas, uma distância de reflexão e de liberdade, para sua própria segurança e para a nossa. O desafio, então, é não ficar em débito com o que as ciências humanas, em sua linguagem impessoal (ou aparentemente impessoal), são capazes de revelar, ao estabelecer relações controláveis, derivadas de estruturas exatas. Não convém, no entanto, limita-se a isto. Essas relações, essas estruturas constituem o material que devemos orquestrar em nossa língua pessoal, com todos os riscos e perigos.¹ (p. 23)





E buscando não nos limitarmos à bagagem científica do grupo, o processo que ocorreu também em contraponto ao que pudesse ser entendido como uma ideia fixa, predeterminada e impositiva, talvez vindo da “pesquisa exaustiva séria”^(k). Emprenhamo-nos, a partir dos deslocamentos literais, pelos ramais e cursos d’água, mas, sobretudo, a partir dos encontros com moradores de Rio Pardo, aqueles que habitam e moldam aquele espaço que nem sempre foi planejado ou idealizado por eles próprios^(l).

^(k) Termo tomado de empréstimo de Starobinski¹ (p. 15) no seguinte trecho: “A Universidade, no apogeu de seu período positivista, tendo fixado as regras e os cânones da pesquisa exaustiva séria, rechaça o ensaio e o *ensaísmo* às trevas exteriores, com o risco de banir, no mesmo movimento, o brilho do estilo e as audácias do pensamento. Visto da sala de aula, avaliado pelo júri de tese, o ensaísta é um amável amador que vai juntar-se ao crítico impressionista na zona suspeita da não-cientificidade”.

^(l) O Assentamento Rural de Rio Pardo é fruto de uma intervenção do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), que, na década de 1990, demarcou a área e a destinou para famílias interessadas em terras para cultivo. No entanto, passadas algumas décadas, as famílias ainda resistem, pela implementação tímida de ações de infraestrutura no local. As cerca de duzentas famílias providenciam, em grande parte, as melhorias que seriam de competência do ente governamental.

^(m) Mary Louise Pratt² desenvolve a noção de “zona de contato”, “compreendido como sinônimo de fronteira cultural, enfatizando as dimensões interativas e improvisadas dos encontros coloniais, pondo em questão como os sujeitos coloniais são constituídos nas e pelas relações entre colonizadores e colonizados, ou viajantes e visitados, em termos de interação e trocas no interior de relações assimétricas de poder” (p. 283).

Sendo que, ali, tínhamos como objetivo uma síntese proveniente dos olhares interdisciplinares dos fotógrafos (viajantes) e da interação com os “visitados”; e, por conseguinte, reconhecendo a existência de “zonas de contato”, ou “fronteiras culturais”^(m) – que tentamos serem, ao máximo, valorizadas e equilibradas, distintamente de processos exploratórios passados que abundam na tradição científica, entre outras, na região amazônica, e no Brasil e colônias como um todo. Uma das ideias era a de que a iniciativa colaborasse para tentar superar, ou amenizar, a forte carga desta tradição à qual todos nós, inevitavelmente, nos ligamos, estando entre os que trabalham e produzem ciência hoje.



Neste sentido, novamente, as considerações sobre o ensaísmo na contemporaneidade se referem à via de mão dupla que emerge a partir do encontro, nos disponibilizando a aproveitar essa experiência à criação discursiva:

Partindo de uma liberdade que escolhe seus objetos, que inventa sua linguagem e seus métodos, o ensaio, nesse limite ideal em que apenas ensaio concebê-lo, deveria aliar ciência e poesia. Ele deveria ser, ao mesmo tempo, **compreensão da linguagem do outro e invenção de uma linguagem própria**; escuta de um sentido comunicado e criação de relações inesperadas no seio do presente. [...] o ensaio nunca deve deixar de estar atento à resposta precisa que as obras ou os eventos interrogados devolvem às nossas questões.¹ (p. 23-4, grifo nosso)

Esteticamente, voltamos à ideia de uma proposta aberta. No lugar da subscrição a um estilo ou estética fotográfica, a mistura de imagens de fatura mais documentais ou outras mais, digamos, subjetivantes. As experimentações também foram almejadas por meio da atenção ao sequenciamento, promovendo um desenrolar de ideias visuais, e justaposição de duplas de imagens (dípticos), buscando elaborar, por assim dizer, terceiras noções resultantes do que é possível ser entendido com essas aproximações.



⁽⁴⁾ Tadeu Chiarelli (apud Klautau-Filho³, p. 303-4) considera que “[...] pode-se pensar que o interesse que muitos fotógrafos demonstram, sobretudo hoje em dia, em produzir narrativas fotográficas – acoplando duas ou mais imagens –, tenha a ver, justamente, com esse caráter sempre remissivo da fotografia. Talvez eles pensem que, formando pequenos agrupamentos, estejam suprindo de maneira mais sintética as mesmas lacunas da imagem fotográfica, que os mobilizam a realizar ensaios”.

⁽⁵⁾ Grifo nosso.

Com esses recursos, buscamos dialogar com certas experiências contemporâneas na criação fotográfica⁽ⁿ⁾, e nos empenhando, também, no que Starobinski considera imprescindível para o ensaio, ou seja, o trabalho criativo com a linguagem que, mesmo no caso de buscar interações com conhecimentos de outras disciplinas, busca um discurso particular:

Em nenhum momento ele deve romper seu compromisso com a clareza e a beleza da linguagem. Enfim, chegada a hora, o ensaio deve soltar as amarras e tentar, por sua vez, ser ele mesmo uma obra, de **sua própria e vacilante autoridade**.¹ (p. 23)⁽⁶⁾.



Concluindo, no trabalho de “pensar por imagens”^(p) na comunidade de Rio Pardo, este espaço localizado entre o rural, a mata e uma urbanidade rural^{4,5}, a “vacilante autoridade” de nosso discurso trilhou os ramais que se fazem perder de vista pela mata, mas que, no entanto, nos levaram ao encontro de vidas e suas histórias. Homens, mulheres, crianças, jovens e idosos que nos recepcionaram com invejável cordialidade. Nossas “descobertas” foram permitidas pelos moradores e moradoras de Rio Pardo, um convite para adentrar para além do umbral. Sem a aceleração e objetividade da reportagem, sem os controles metodológicos e com o interesse diverso do ensaio, nossa busca pela diluição da autoridade nos fez, por vezes, percorrer mais os caminhos dos conhecimentos daqueles que nos receberam em suas casas e quintais do que pelos métodos e conceitos das nossas ciências.

^(p) Expressão tomada de empréstimo de Samain⁶.





Colaboradores

Os autores Ricardo Agum Ribeiro, Sávio Luis Stoco e Leandro Luiz Giatti elaboraram a versão inicial do texto e fizeram a revisão bibliográfica. Alessandra Ferreira Dales Nava e Sully de Souza Sampaio realizaram revisões críticas e complementos. Todos os autores colaboraram com a produção das fotografias que ilustram o texto.

Referências

1. Starobinski J. É possível definir o ensaio?. *Remate Males*. 2012; 31(1-2):13-24.
2. Pratt ML. *Os olhos do Império: relatos de viagem e transculturação*. Bauru: Edusc; 1999.
3. Klautau-Filho M. *A fotografia contemporânea e a poética de Miguel Rio Branco: imaterialidades do objeto, materialidades da imagem [tese]*. São Paulo, SP: Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo; 2011.
4. Agum R, Stoco S, Giatti LL. *Visão Pardo*. São Paulo: Ed. da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016.
5. Toledo RF, Giatti LL, Pelicioni MCF. Urbanidade rural, território e sustentabilidade: entre relações de contato de uma comunidade indígena no noroeste amazônico. *Ambient Soc*. 2009; 12(1):173-88.
6. Samain EG. Pensar por imagens. In: Peixoto CE, Souza, EC, Copque BA, Carvalho CAF. *III Seminário Internacional Imagens e Narrativas*, 2012, Rio de Janeiro. *Imagens e narrativas*. Rio de Janeiro: UERJ – Inarra; 2012. v.1, p. 309-34.

Este artigo expressa – por meio de um ensaio fotográfico em um projeto fotográfico de criação coletivo e interdisciplinar – a busca por captar Rio Pardo, uma comunidade rural amazônica. Metodologicamente, a proposta evitou um roteiro preestabelecido – baseando-se na noção de ensaísmo. Entre outros elementos, o trabalho foi executado, no geral, por fotógrafos de variadas formações acadêmicas, um caminho desafiador na intenção de apresentar a visão dos comunitários e evitar que as imagens fossem tratadas com menor importância em relação às ideias. Na etapa final, dispúnhamos de um emaranhado instigante de rotas-imagens para pavimentar nossa narrativa em conjunto.

Palavras-chave: Narrativa visual. Comunidade na Amazônia. Ensaio fotográfico. Interdisciplinaridade.

Impressions and understandings of a rural community in the Amazon, Brazil

This paper, which includes a photo essay as part of an interdisciplinary photographic project that was collectively created, is the expression of attempts to gather insights about Rio Pardo, a rural Amazonian community. The method proposed sought to avoid any predetermined script and was based on the notion of essay writing. Among its various components, the work was mainly carried out by photographers from different academic backgrounds, a route that was challenging but that aimed to present a vision of communities and avoid a situation in which the images would be considered less important than ideas. In the final phase, we had at our disposal an inspiring patchwork of route-images that together paved our narrative.

Keywords: Visual narrative. Amazon community. Photo essay. Interdisciplinarity.

Impresiones y comprensiones sobre una comunidad rural en la Amazonia, Brasil

Este artículo expresa, por medio de un ensayo fotográfico en un proyecto fotográfico de creación colectiva e interdisciplinaria, la búsqueda por captar Rio Pardo, una comunidad rural amazónica. Metodológicamente, la propuesta evitó un itinerario preestablecido – basándose en la noción de ensayismo. Entre otros elementos, el trabajo fue ejecutado, en general, por fotógrafos de diversas formaciones académicas, un camino desafiador con la intención de presentar la visión de los comunitarios y evitar que las imágenes fuesen tratadas con menor importancia en relación a las ideas. En la etapa final, dispondremos de un emaranñado instigador de rutas-imágenes para pavimentar nuestra narrativa en conjunto.

Palabras clave: Narrativa visual. Comunidad en la Amazonia. Ensaio fotográfico. Interdisciplinario.

Submetido em 06/07/2017. Aprovado em 20/07/2017.


No artigo “**Participatory culture: citizenship-building process in Brazil**”, número de DOI: 10.1590/1807-57622015.0941, publicado no periódico Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2017; 21(63):907-20, na página: 907:

Where it reads:

© Pós-doutorando, Fundação para a Ciência e a Tecnologia de Portugal. Lisboa, Portugal. mauroserapioni@ces.uc.pt

Reads up:

© Pós-doutorando, Fundação para a Ciência e a Tecnologia de Portugal. Investigador, Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. mauroserapioni@ces.uc.pt



INTERFACE
Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy