



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Fundação UNI e UNESP (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Departamento de Educação, Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para as Ciências da Saúde em sua articulação com a Filosofia, as Ciências Sociais e Humanas; a Educação e Comunicação em Saúde; e a formação de profissionais de saúde (formação universitária e educação continuada).

Interface - Communication, Health, Education is an interdisciplinary, quarterly publication of Uni Foundation and Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School and Department of Education, Botucatu Biosciences Institute), focused on Philosophy, Human and Social Sciences; Health Education and Communication and Health Professional Education (Higher Education and Continuing Education).

EDITORES/EDITORS

Antonio Pithon Cyrino
Lilia Blima Schraiber
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Alfredo Pereira Junior
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira
Eduardo Navarro Stotz
Eliana Goldfarb Cyrino
Ione Morita
Márcia Thereza Couto Falcão
Maria Ligia Rangel
Mariangela Scaglione Quarente
Nildo Batista
Ricardo Burg Ceccim
Ricardo Rodrigues Teixeira
Sueli Terezinha Ferreira Martins

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN

Identidade visual e capa
Érica Cezarini Cardoso, Designo ecodesign
Projeto gráfico-textual
Ricardo Rodrigues Teixeira

EQUIPE DA REVISTA/JOURNAL'S STAFF

Assistente editorial/Editorial assistant
Adriana Ribeiro
Assistente administrativo/Administrative assistant
Renata Castilho
Normalização/Normalization
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision
Angela Castello Branco (Português/Portuguese)
David Eliff (Inglês/English)
Sônia Nussenzweig Hotimsky (Inglês/English)
Jaime Bathle (Espanhol/Spanish)
Versão eletrônica/online version
Lucas Arantes (responsável)
Silvana Ap. Borsetti Gregório Vidotti (assessoria)

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Ada Ávila Assunção, UFMG
Ana Mae Barbosa, USP
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
Antonio Fausto Neto, Unisinos
Antônio Luiz Caldas Junior, UNESP
Antônio Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Ara Tekian, University of Illinois at Chicago, USA
Áurea da Rocha Pitta, Fiocruz
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de Colombia, Colombia
Charles Briggs, UCSD, USA
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Daniela Riva Knauth, UFRGS
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, UNESP
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
José Carlos Libâneo, UCG
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Contreras Domingos, Universitat de Barcelona
Laura Macruz Feuerwerker, UFF
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Luciana Lunardi Campos, UNESP
Luis David Castiel, Ensp/Fiocruz
Magda Dimenstein, UFRN
Margarete Axt, UFRGS
Maria Betânia de Melo Ávila, SOS Corpo, Recife
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Isabel da Cunha, Unisinos-RS
Maria Waldenez de Oliveira, UFSCar
Mario Rovere, Universidad de Buenos Aires
Marli Elisa Dalmaso Afonso D'André, PUC-SP
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Pierre Leonard Harvey, University of Quebec
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Roberto Passos Nogueira, IPEA, DF
Roger Ruiz-Moral, Universidade de Córdoba, Espanha
Roseni Rosângela de Sena, UFMG
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Cedess/UNIFESP
Victor Valla, ENSP/Fiocruz
Violeta Adriana Ruiz, FLACSO, Argentina



apresentação

duvidas

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

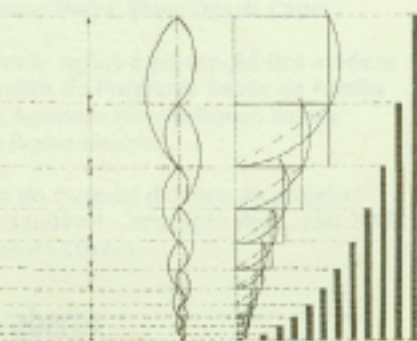
resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

resumo: comunicação na Atenção Básica de Saúde

363 Etnografia em instituições de ensino e práticas na perspectiva de professores
Andréa Caporali, Ingrid Passalunghi

377 Espaço físico escolar e cotidiano profissional: espaço de ensino para desenvolver práticas pedagógicas inovadoras
Andréa Caporali, Ingrid Passalunghi

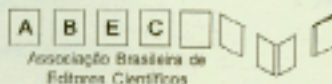


Interface - comunicação, saúde, educação/
Fundação UNI/UNESP, v.12, n.25, abr./jun. 2008
Botucatu, SP: Fundação UNI/UNESP

Trimestral
ISSN 1414-3283

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

Filial à



231 **apresentação**

dossiê

sobre Homeopatia no Sistema Único de Saúde

233 Prática médica homeopática e a integralidade
Carolina Santana; Élica Azevedo Hennington;
José Roque Junges

247 O ensino da homeopatia e a prática no
Sistema Único de Saúde (SUS)
Wania Maria Papile Galhardi; Nelson Filice de Barros

267 Ensino da homeopatia na graduação em
farmácia: concepções e práticas pedagógicas
em instituições do estado do Rio de Janeiro
Anderson Domingues Corrêa; Sidnei Quezada
Meireles Leite

artigos

283 Estresse e padecimento: uma interpretação
de acordo com Heidegger
Roberto Passos Nogueira

295 Sofrimento psíquico em familiares de usuários
de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Renata Fabiana Pegoraro; Regina Helena Lima
Caldana

309 A escuta sensível: um estudo
sobre o relacionamento entre pessoas
e ambientes voltados para a saúde
Elio Grossman; Tania C. Araújo-Jorge; Inesita S.
Araújo

327 A temática da humanização na saúde:
alguns apontamentos para debate
Waldir da Silva Souza; Martha Cristina Nunes
Moreira

339 Subjetividade e trabalho: algumas
contribuições conceituais de Michel Foucault
Tatiana Ramminger; Henrique Caetano Nardi

347 Para uma posição enunciativa no discurso
pedagógico mediado por ambientes virtuais de
aprendizagem
Regina Maria Varini Mutti; Margarete Axt

363 Etnografia: uso, potencialidades e limites
na pesquisa em saúde
Andrea Caprara; Lucyla Paes Landim

377 Experiência estética e cotidiano institucional:
novos mapas para subjetivar espaços
destinados à saúde mental
Renata Caruso Mecca; Eliane Dias de Castro

387 Adolescência: ações e percepção dos médicos
e enfermeiros do Programa Saúde da Família
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari; Zuleika
Thomson; Regina Melchior

401 Avaliação do material didático do projeto
"Criança saudável - educação dez", ano 2005
Kathleen Sousa Oliveira

espaço aberto

413 A proposta da Educação Permanente em
Saúde na formação de cirurgiões-dentistas
em DST/HIV/Aids
Maria de Fátima Nunes et al.

421 O amor nos tempos de Narciso
Izabel Cristina Rios

427 O Homem Elefante:
reflexões sobre saúde, doença e anormalidade
Stela Nazareth Meneghel

debate

433 Dengue: educação, comunicação e
mobilização na perspectiva do controle -
propostas inovadoras
Maria Ligia Rangel-S.

debatedores

442 Maria Glória Teixeira

445 Tânia Montoro

450 Réplica

livros

teses

informes

232 **presentation**

dossier

on Homeopathy in the Brazilian Public Health System

- 233 Homeopathic care and the principle of integrality
Carolina Santanna; Élide Azevedo Hennington;
José Roque Junges
- 247 The teaching of homeopathy and practices in the Brazilian Public Health System
Wania Maria Papile Galhardi; Nelson Filice de Barros
- 267 The teaching of homeopathy in pharmacy undergraduation: pedagogical conceptions and practices in institutions from the state of Rio de Janeiro
Anderson Domingues Corrêa; Sidnei Quezada Meireles Leite

articles

- 283 Stress and suffering: an Heideggerian interpretation
Roberto Passos Nogueira
- 295 Psychological stress among relatives of users of a Psychosocial Care Center
Renata Fabiana Pegoraro; Regina Helena Lima Caldana
- 309 Sensitive listening: a study on the relationship between people and health environments
Elio Grossman; Tania C. Araújo-Jorge; Inesita S. Araújo
- 327 The topic of humanization within healthcare: some issues for debate
Waldir da Silva Souza; Martha Cristina Nunes Moreira
- 339 Subjectivity and work: some conceptual contributions from Michel Foucault
Tatiana Ramminger; Henrique Caetano Nardi
- 347 Towards a stated position in pedagogical discourse mediated by virtual learning environments
Regina Maria Varini Mutti; Margarete Axt

- 363 Ethnography: its uses, potentials and limits within health research
Andrea Caprara; Lucyla Paes Landim
- 377 Aesthetic experience and institutional daily life: new maps for subjectively dealing with spaces for mental healthcare
Renata Caruso Mecca; Eliane Dias de Castro
- 387 Adolescence: actions and perceptions of doctors and nurses within the Family Healthcare Program
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari; Zuleika Thomson; Regina Melchior
- 401 Evaluation of the 2005 "Criança saudável - educação dez" teaching material
Kathleen Sousa Oliveira

open space

- 413 The proposal of Permanent Health Care Education in capacitating dental surgeons to care for DST/HIV/Aids patients
Maria de Fátima Nunes et al.
- 421 Love in the time of Narcissus
Izabel Cristina Rios
- 427 The Elephant Man: reflections on health, disease and abnormality
Stela Nazareth Meneghel

debate

- 433 Dengue: education, communication and mobilization with the perspective of controlling - innovative proposals
Maria Ligia Rangel-S.
- discussants
- 442 Maria Gloria Teixeira
- 445 Tânia Montoro
- 450 Reply

455 **books**

459 **theses**

461 **informs**

Ao apresentar a publicação de um dossiê sobre homeopatia nesta edição da *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, gostaria de registrar, em primeiro lugar, que se trata de fato inédito: é a primeira vez que uma revista brasileira não especializada em homeopatia publica um conjunto de artigos sobre o tema. Em segundo lugar, destaco a conveniência de tal publicação neste momento bastante delicado, quando, se por um lado ocorre uma grande ampliação da presença institucional dessa outra forma de cuidado, percebe-se, ao mesmo tempo, a permanência de um enorme desconhecimento a seu respeito entre os profissionais da saúde.

A homeopatia foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1980 e como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia em 1992. Atualmente, é uma opção de cuidado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em 158 municípios contando, desde 2006, com o respaldo de políticas públicas do Ministério da Saúde para sua implementação. Mas, como apontam os artigos que compõem este dossiê, sua presença nos cursos da área de saúde é muito restrita e a desinformação é grande entre os próprios profissionais de saúde. Este desconhecimento diminui a possibilidade de parcerias entre esses profissionais e reduz o potencial de utilização desse recurso.

A leitura dos artigos que se seguem é uma oportunidade, dada aos leitores interessados, de entrarem em contato com os temas específicos abordados, e também, por meio de suas bibliografias, com uma parte da produção de pesquisas em homeopatia dos últimos anos. Tendo em vista o perfil desta revista e os temas de que tratam esses artigos, cria-se a estimulante perspectiva de uma provocação à reflexão, ao diálogo e ao debate com outros profissionais da complexa área das ciências da saúde, educação e formação profissional em saúde.

Os artigos "O ensino da homeopatia e a prática no SUS" e "Prática médica homeopática e a integralidade" apresentam reflexões sobre alguns temas muito freqüentes nas publicações em saúde, como integralidade e humanização do cuidado, discutidos com base em experiências com o atendimento homeopático no âmbito do SUS.

O primeiro deles utiliza entrevistas para avaliar a percepção sobre a homeopatia por parte de profissionais de saúde e usuários de uma unidade do SUS de instituição de ensino superior; avalia, ainda, as modificações na prática e conduta dos alunos de Medicina, a partir do ingresso no curso de especialização em homeopatia, e a percepção dos professores, preceptores e da Congregação da Faculdade de Medicina de Jundiaí sobre a homeopatia e sobre o curso. Entre seus resultados, merece destaque - pois reafirma observações de outros estudos - a descrição das transformações que o processo formativo em homeopatia promove entre os alunos, que passam a valorizar a necessidade do resgate da integralidade do doente, colocam o indivíduo no centro da atenção e vêem fortalecida a relação com o paciente.

O segundo artigo analisa a prática médica homeopática desenvolvida em uma unidade de saúde do Rio Grande do Sul, por intermédio de consulta a documentos, observação direta e entrevistas com profissionais, usuários e gestor da unidade, tendo como categorias de referência: acolhimento, vínculo e cuidado, tomadas como dimensões da integralidade. Seus resultados expõem as dificuldades encontradas pelas práticas integrativas e medicinas não hegemônicas de se organizarem no sistema público; e conclui sugerindo que "embora a homeopatia seja uma racionalidade médica coerente e fortalecedora dos princípios do SUS, é preciso que ela seja reconhecida, valorizada e disponibilizada como opção terapêutica a toda a população, contribuindo na promoção da integralidade em saúde."

Um terceiro artigo, "Ensino da homeopatia na graduação em farmácia", analisa o processo de definição curricular e normalização do ensino da homeopatia em face das diferentes forças atuantes no campo da farmácia: a legislação do Conselho Federal de Farmácia e da ANVISA; as novas diretrizes curriculares; as oscilações do mercado de trabalho; as ações políticas de estudantes e profissionais, e as demandas das associações de classe, como a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas. Apresenta dados que indicam que a assistência farmacêutica homeopática no SUS não tem acompanhado a expansão da assistência médica homeopática, pois apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS fornecem medicamento homeopático. Reflete, ainda, sobre a necessidade de se incluir a homeopatia na formação do farmacêutico generalista, para atender ao modelo das diretrizes curriculares atuais, o que tenderá a diminuir a procura pelos cursos de pós-graduação em homeopatia.

Concluindo, é possível afirmar que esses artigos certamente servirão para uma boa aproximação com o campo homeopático, pois levarão o leitor a percorrer suas áreas mais relevantes: a formação de especialistas homeopatas (médicos e farmacêuticos); a caracterização da prática homeopática realizada a partir do próprio homeopata, de outros profissionais de saúde e de usuários; a interface entre a homeopatia e outros setores do campo da saúde, como SUS, Instituições de Ensino Superior e órgãos de regulamentação e certificação profissional.

Uma boa leitura!

Sandra Abrahão Chaim Salles
Instituto de Cultura e Escola Homeopática;
departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo.

In presenting the publication of a dossier on homeopathy in this issue of *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, I would firstly like to put on the record that this is something new: it is the first time that a Brazilian journal that does not specialize in homeopathy has published a set of articles on this topic. Secondly, I would like to highlight the opportuneness of publishing it at this rather delicate moment when, on the one hand, a great expansion of the institutional presence of this other type of care is taking place, on the other hand, it is perceived at the same time that an enormous lack of knowledge of homeopathy remains among healthcare professionals.

Homeopathy was recognized as a medical specialty by the Federal Council of Medicine in 1980, and as a pharmaceutical specialty by the Federal Council of Pharmacy in 1992. Today, it is a care option for users of the Brazilian Public Health System (SUS) in 158 municipalities. Since 2006, backing for implementing homeopathy has come from the Ministry of Health's public policies. However, as shown by the articles that make up this dossier, it has very limited presence in courses within the field of healthcare. Moreover, the level of disinformation among healthcare professionals themselves is high. This lack of knowledge diminishes the possibilities for partnerships among these professionals and reduces the potential for using this resource.

By reading the articles that follow, interested readers are given an opportunity to come into contact with the specific topics covered, and also, through the bibliographic references, with some of the research on homeopathy that has been produced over the last few years. Given the profile of this journal and the topics that these articles deal with, a stimulating prospect of provoking reflection, dialogue and debate with other professionals within the complex field of health sciences, education and professional training in healthcare is created.

The articles "Teaching of homeopathy and practices within SUS" and "Homeopathic medical practice and integrated care" present reflections on some topics that appear very frequently in health science papers, such as full coverage and humanization of care. These are discussed based on experiences with homeopathic attendance within the scope of SUS.

The first of these articles uses interviews to evaluate the perceptions of homeopathy among healthcare professionals and users at a SUS unit in a higher education institute. It also evaluates the changes in practices and conduct among medical students after they started a specialization course on homeopathy, and the perceptions among teachers, preceptors and the academic board of the Jundiá School of Medicine regarding homeopathy and the course. Among its results, the description of the transformations that the training process fostered among the students deserves highlighting, since this reaffirms observations from other studies. The students began to value the need to retrieve the whole picture of the patient, placing the individual at the center of attention and strengthening the relationship with the patient.

The second article analyzes the homeopathic medical practice developed at a healthcare unit in Rio Grande do Sul, by means of consulting documents, making direct observations and holding interviews with professionals, users and the manager of the unit. The reference categories were the welcome, ties and care given, which were taken as dimensions of the completeness of the approach. The results reveal the difficulties encountered in integrative practices and non-hegemonic medicine, for them to become organized within the public system. The article concludes by suggesting that "although homeopathy has a medical rationale that is coherent and strengthens the principles of SUS, it needs to be recognized, given value and made available as a therapeutic option for the whole population, thereby contributing towards promoting an integral approach in healthcare".

A third article, "Teaching of homeopathy at undergraduate level within pharmacy", analyzes the process of defining the curriculum and regulating the teaching of homeopathy in the light of the different forces acting on the field of pharmacy: the legislation of the Federal Council of Pharmacy and ANVISA (National Agency for Sanitary Surveillance); the new curricular guidelines; the oscillations in the work market; the political actions of students and professionals; and the demands from professional associations such as the Brazilian Association of Homeopathic Pharmacists. The article presents data that indicate that homeopathic pharmaceutical attendance within SUS has not kept up with the expansion in homeopathic medical care, since only 30% of the homeopathy services within the SUS network provide homeopathic medications. The article also reflects on the need for homeopathy to be included within the training of generalist pharmacists, in order to meet the model of the present curricular guidelines, which will tend to diminish the demand for postgraduate courses on homeopathy.

In conclusion, it can be stated that these articles will certainly serve to bring the field of homeopathy much closer, since readers will be taken through its most important areas: the training of homeopathic specialists (physicians and pharmacists); the characterization of homeopathic practices according to homeopaths themselves, other healthcare professionals and users; the interface between homeopathy and other sectors of the field of healthcare, like SUS, higher education institutes and regulatory bodies; and professional certification.

Enjoy reading them!

Sandra Abrahão Chaim Salles
Instituto de Cultura e Escola Homeopática;
departamento de Medicina Preventiva,
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Prática médica homeopática e a integralidade

Carolina Santanna¹
Élida Azevedo Hennington²
José Roque Junges³

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E.A.; JUNGES, J.R. Homeopathic care and the principle of integrality. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.233-46, abr./jun. 2008.

The “Centro de Saúde Modelo” was the first Basic Health Care Service of the Brazilian Public Health System to introduce homeopathic care in the State of RS. The aim of this study was to understand this health center’s contribution to the development of the integrality principle. This is a case study. The categories employed in guiding the study were: welcoming, bond and care. The data was based on documents, direct observation and interviews with professionals and people using the service. The results indicate that homeopathy, by welcoming and caring for each individual in his/her singularity and totality, makes a differentiated kind of assistance possible. However, integrality has been restricted to some aspects directly associated with the physician-patient relation such as bonding and care. The main problem identified was access to care. Homeopathy is coherent with and strengthens the principles of the Brazilian Public Health System and therefore it should be valued and become more widespread as a therapeutic option, thus contributing towards effectively achieving the goal of integral health care.

Key words: Integrality. Homeopathy. Health management. Case study.

O Centro de Saúde Modelo foi a primeira unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a implantar o serviço de atendimento homeopático no Rio Grande do Sul. Este estudo teve por objetivo conhecer a contribuição desse atendimento para o desenvolvimento do princípio da integralidade. Trata-se de estudo de caso utilizando, como categorias norteadoras, o acolhimento, o vínculo e o cuidado, sendo os dados produzidos com base em documentação, observação direta e entrevistas com usuários e trabalhadores. Os resultados indicam que a homeopatia, ao acolher e tratar pessoas em sua singularidade e totalidade, permite uma atenção diferenciada. Entretanto, a integralidade tem sido restrita a alguns de seus aspectos, como o vínculo e o cuidado diretamente associados à relação médico-usuário. A dificuldade de acesso foi o principal problema identificado. Coerente e fortalecedora dos princípios do SUS, a homeopatia deve ser valorizada como opção terapêutica para que possa efetivamente contribuir na integralidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: Integralidade. Homeopatia. Gestão em saúde. Estudo de caso.

* Elaborado com base em Santanna, 2005.

¹ Relações Públicas. Secretária Municipal de Saúde, Prefeitura de Tapes. Rua Paul Harris, 277 - Tapes, RS 96.760-000 carolina.santanna@yahoo.com.br

² Médica sanitária. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Graduado em Filosofia e História. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Introdução

A atenção aos usuários do sistema de saúde no Brasil ainda privilegia as especialidades médicas voltadas para as **dimensões exclusivamente biológicas**, em detrimento de uma abordagem que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais, econômicas e até políticas, reforçando a manutenção de uma prática fragmentária e reducionista por parte da equipe de saúde, especialmente dos médicos.

A crise paradigmática da biomedicina, representada pela sua excessiva tecnificação, especialização e custos crescentes, e por responder cada vez menos à demanda social concreta por saúde e cuidados médicos, evidencia-se, sobretudo, quando se trata de enfermidade cujo enfrentamento exige intervenções que integrem também a dinâmica da subjetividade, por estarem relacionadas a crises existenciais, conflitos diversos de naturezas psíquica, econômica e social que não podem mais ser enquadrados pelo método anátomo-clínico dominante (Guedes et al., 2006; Martins, 2003).

Esta crise deve ser considerada de fundamental importância no crescente aumento de interesse por outras racionalidades médicas. A partir da década de 1970 algumas dessas “novas racionalidades” chegaram ao Brasil e outras ganharam reconhecimento, acompanhando o movimento denominado Contracultura nos EUA, bem como outros movimentos sociais surgidos no pós-Segunda Guerra, na Europa, e também influenciadas por um novo sincretismo religioso mundial composto de diversas tradições orientais e ocidentais, mesmo que marcado pela tradição cristã (Martins, 2003; Luz, 1996a). As práticas terapêuticas consideradas “alternativas” ou “complementares” são, especialmente, aquelas centradas no paradigma vitalista ou paradigma de saúde, como a homeopatia (Luz, 1996b).

A homeopatia, reconhecida como especialidade pela Associação Médica Brasileira em 1979, vem sendo gradativamente incluída nos serviços públicos de saúde. Mesmo que ainda minoritária, hoje é uma importante opção de atendimento nos grandes centros urbanos do país. Ao definir a saúde como equilíbrio do princípio ou força vital, a homeopatia trabalha com a concepção positiva de saúde e tem sua abordagem voltada para estimular a autonomia dos sujeitos (Luz, 1988). Para Hahnemann (2001), quando qualquer agente hostil à vida, externo ou interno, atinge o indivíduo, este princípio de harmonia é influenciado pelo dinamismo do agente hostil, e é neste caso que a energia vital se altera, mudando seu ponto de equilíbrio, produzindo no organismo sensações desagradáveis e processos de adoecimento. Neste sentido, para o homeopata, restabelecer a saúde é restabelecer a harmonia no dinamismo da vida por meio da eliminação do conjunto de sintomas como um todo.

Esta concepção vem ao encontro do discurso atual da Saúde Pública direcionado para a promoção da saúde e que abre espaço para legitimar formas de conhecimento, além do modelo biomédico, buscando integrar outras racionalidades médicas (Carvalho, 1996). De acordo com as conclusões do 1º Fórum Nacional de Homeopatia ocorrido em 2004, a homeopatia fortalece os princípios do SUS, pois, alicerçada no controle social, a mesma destina-se a consolidar, como parâmetro de qualidade de sua prática: a *integralidade* – compreendendo o sujeito enquanto unidade indivisível, que não deve ser submetido a limitações de recortes patológicos; a *equidade* – dimensionando a atenção às necessidades de saúde da população, respeitando as diferenças individuais, e, por fim, a *universalidade* – na garantia democrática do acesso a essa racionalidade enquanto direito de exercício de cidadania (Comissão de Saúde Pública, 2004).

Para Pinheiro e Luz (2003, p.65), a integralidade em saúde, no sentido ampliado de sua definição legal, deve ser entendida como “uma ação social que resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”. Segundo Mattos (2001), existem, pelo menos, três sentidos para o termo integralidade no contexto da reforma sanitária brasileira. O primeiro se refere a atributos das práticas; o segundo sentido está relacionado aos aspectos da organização dos serviços, e o terceiro voltado para características de políticas ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Segundo o mesmo autor, os beneficiários das ações de saúde têm sempre um conjunto muito grande de necessidades em relação ao serviço e uma das características das práticas de saúde pautadas na integralidade seria a escuta ampliada das necessidades de qualquer sujeito (Mattos, 2003).

Este estudo teve por objetivo conhecer o atendimento homeopático prestado pelo Centro de Saúde Modelo, primeira unidade a implantar oficialmente o serviço de atendimento homeopático no Estado do Rio Grande do Sul, e sua contribuição para o desenvolvimento do princípio da integralidade na atenção à saúde.

O percurso metodológico

Esta pesquisa se caracterizou por ser um estudo de caso único qualitativo, realizado por meio da análise aprofundada de uma única unidade, neste caso, a prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo, na cidade de Porto Alegre (Yin, 2001; Triviños, 1987). A pesquisa foi realizada nessa unidade por ser o primeiro centro de saúde do SUS a implantar oficialmente o serviço de homeopatia no RS, considerado, até hoje, referência neste tipo de atendimento para o município, região metropolitana e para outras cidades do estado.

Os dados foram produzidos com base em documentos, observação direta e na realização de entrevistas. As entrevistas foram semi-estruturadas, combinando perguntas abertas e fechadas, sendo que as fechadas foram utilizadas para a coleta de dados de identificação e caracterização demográfica e socioeconômica. A população deste estudo foi composta por todos os trabalhadores do serviço de atendimento homeopático, usuários e o gestor da unidade. Foi feito um total de dez entrevistas: cinco com trabalhadores de saúde (duas médicas, uma farmacêutica, duas auxiliares de saúde, identificadas nas falas com a numeração de 1 a 5), quatro com usuários do serviço (identificados nas falas com a numeração de 6 a 9), e com o gestor geral da unidade (entrevistado 10). Para a etapa das entrevistas com usuários, foram selecionados aqueles com, no mínimo, três consultas efetuadas no setor, com faixas etárias e perfis profissionais variados. A princípio, o número de entrevistas com usuários foi determinado buscando-se respeitar o critério da proporcionalidade em relação aos outros entrevistados, sendo o número final atingido por uma certa repetitividade das respostas obtidas, indicando a saturação dos temas. O roteiro de entrevista contou com cerca de oito a dez questões orientadoras, dependendo se dirigida para profissionais ou usuários. As questões para os usuários abordaram temas como: o conhecimento a respeito da homeopatia e diferenças da medicina alopática, motivo de encaminhamento ou procura pelo serviço, acesso e atendimento prestado, características da relação médico-paciente, resultados obtidos com o tratamento. Para os trabalhadores de saúde, os temas foram: as diferenças entre o atendimento homeopático e o da biomedicina, atenção prestada ao usuário, acolhimento e vínculo, efetividade do tratamento, e outras características do processo de trabalho. As entrevistas foram realizadas num único dia dentro de um período de dois meses.

O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise de conteúdo do tipo análise temática proposta por Bardin (2002) e Minayo (2004). Como estratégia geral de análise foram observadas as proposições teóricas que embasaram esta investigação, operacionalizada por meio da escolha de três categorias de referência: *acolhimento*, *vínculo* e *cuidado*, entendendo-as como dimensões do conceito de integralidade.

Com base nessas três categorias, foi estudada a promoção da integralidade analisando-se a organização do serviço, os processos de trabalho e, especialmente, a prática médica homeopática. Este estudo cumpriu todos os preceitos éticos e legais referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer nº 065/2004 do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos.

Resultados e discussão

O Centro de Saúde Modelo - CS Modelo, antigo Centro de Saúde 2, é uma unidade pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, localizada na região central da cidade, de fácil acesso e próxima a dois importantes hospitais: o pronto socorro municipal, conhecido como HPS (Hospital de Pronto Socorro), e o Hospital de Clínicas da UFRGS. Essa unidade é constituída por um *Ambulatório Básico*, que presta atendimento em clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem. Faz

parte também dessa unidade o *Ambulatório de Especialidades*, que presta atendimento em homeopatia, acupuntura, cardiologia, saúde mental (psicologia, psiquiatria e neurologia) e o SAOPE (Serviço de Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais). O CS Modelo conta ainda com os serviços de fisiologia, farmácia homeopática, farmácia de medicamentos básicos e controlados, e sedia uma equipe do Programa de Saúde da Família.

Atualmente, o Serviço de Atendimento Homeopático do CS Modelo conta com duas médicas, uma com carga horária formal de vinte horas semanais, e a outra, com quarenta horas. No que se refere ao agendamento de consultas, a primeira é marcada por meio da Central de Marcação de Porto Alegre, mediante documento de referência e contra-referência. A reconsulta é marcada diretamente no CS de acordo com a disponibilidade da agenda de cada médica, em dia preestabelecido. As consultas têm um tempo médio de quinze minutos de duração, incluindo primeiras consultas e retornos, e o número médio de atendimentos mensais é de cerca de trezentos.

Sobre a compreensão de homeopatia

Para as médicas que atuam no serviço, existe uma diferença importante de paradigma entre a homeopatia e a medicina alopática, a partir do momento em que a primeira considera a existência de uma força vital que fundamenta sua terapêutica, possui uma abordagem diferenciada sobre a doença e a cura, e valoriza sintomas que não são considerados pela alopacia. Na prática homeopática existem duas categorias de sintomas que devem ser observadas: a que trata a natureza interior e a que se refere ao quadro nosológico. O médico homeopata deve investigar as condições de vida, relacionamentos sociais, hábitos alimentares e qual a natureza e peculiaridade das queixas relatadas pelo usuário, de forma a alcançar aquilo que é exclusivo (Lacerda, 2003; Luz, 1993).

A homeopatia é uma especialidade médica, não devendo ser referida como uma "prática alternativa" dentro do Sistema Único de Saúde; este é o posicionamento das médicas. É uma opção terapêutica, mas que pode, em certas condições de saúde, ser utilizada de forma complementar à alopacia. Esta referência foi feita, sobretudo, em relação às doenças crônicas e lesionais graves.

Os outros profissionais de saúde, na sua grande maioria, consideram a homeopatia uma terapêutica "alternativa", no sentido de que trata as pessoas de uma maneira diferente, associando a mesma a ervas naturais e florais. Os usuários entrevistados se referiram à homeopatia como um medicamento natural, mais saudável, sem efeitos colaterais.

Na maioria das falas é mencionado o fato de a homeopatia ser um tratamento mais demorado, porém com resultados melhores para a saúde, pois trata a "raiz" do problema que causou a doença. Esta colocação corrobora a fundamentação desta racionalidade médica, entendida como

todo o construto lógica e empiricamente estruturado das dimensões morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica, tendendo a se constituir ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições 'verdadeiras' e de intervenções eficazes face ao adoecimento humano. (Luz, 1996b, p.6)

Curar a doença, entendida como o desequilíbrio da energia vital, significa curar o sujeito, e não apenas acabar com os sintomas nosológicos; ao se curar o sujeito, por consequência, cura-se a patologia (Hahnemann, 2001; Kent, 1954).

(Entrevistado 8): É um remédio bem natural, que sei lá, ajuda bem mais que outros remédios que não fazem muito efeito, tipo antibiótico, que antes eu tomava e adiantava só na hora. A homeopatia é um trabalho demorado, mas que adianta bem mais e é bem melhor pra saúde.

(Entrevistado 9): Ela trata a raiz, o que baixou a imunidade para causar aquela doença. Então ela trata o emocional para tratar a imunidade, né.

O gestor do CS, embora reconheça a homeopatia como uma “nova opção” dentro da medicina, fato indiscutível, afirma que a especialidade apresenta algumas limitações terapêuticas, pois, em sua opinião, não dá conta de todas as doenças. Também não é prioritária para os gestores do SUS, que preferem investir na contratação de médicos para outras especialidades consideradas mais necessárias e resolutivas.

Processos de trabalho e a integralidade em saúde

Para Merhy et al. (1997), o cuidado integral em saúde ocorreria a partir da combinação das tecnologias *duras*, máquinas, normas, estruturas organizacionais; *leve-duras*, saberes estruturados, normas e rotinas; *leves*, vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Quando solicitamos que os entrevistados nos falassem sobre sua compreensão de integralidade ou de um atendimento integral, várias questões referentes às categorias de estudo foram emergindo espontaneamente, tanto se referindo à estrutura do serviço, organização e rotinas de trabalho, como a aspectos mais ligados à subjetividade.

Em relação à organização do serviço, o atendimento integral foi reconhecido pelos entrevistados quando o profissional tem a possibilidade de: viabilizar o acesso do usuário ao serviço e às ações de saúde; encaminhar o usuário para avaliações especializadas; solicitar exames simples e complexos, quando se fizer necessário; e ter o retorno em tempo hábil.

O atendimento integral, abordado sob o aspecto da terapêutica, foi considerado como aquele alicerçado na escuta, na valorização dos sintomas físicos e mentais e, também, de questões mais gerais que acompanham ou são as próprias desencadeantes dos problemas de saúde da pessoa.

(Entrevistado 2): A integralidade é isso, tanto o transtorno físico como o que acompanha esse transtorno físico, que pode vir junto ou até ser o desencadeante numa situação.

(Entrevistado 3): É um sistema terapêutico que visa atender um grande número de pessoas e na sua totalidade. Aquele cujos sintomas físicos, como o mental estão em desequilíbrio, daí o medicamento homeopático vai equilibrar essa energia, que tá em desequilíbrio, pra chegar a uma cura e a uma qualidade de vida melhor também.

O entrevistado 3, responsável pela farmácia homeopática do serviço em estudo desde a sua implantação, demonstrou, na sua fala, reconhecer a homeopatia como sistema terapêutico que busca atender as necessidades de saúde de forma abrangente e universal. Esta característica da homeopatia, na visão do profissional, encontra-se em consonância com um dos princípios norteadores do SUS, a universalidade, previsto na Constituição Federal de 1988, e que preconiza que o Sistema de Saúde deve atender a toda população, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo (Brasil, 2005). A respeito do conceito de totalidade, a homeopatia, bem como outras medicinas alternativas ou complementares, tem, como seu paradigma epistemológico e de prática terapêutica, a vida, a saúde e o equilíbrio. A centralidade dessas categorias está presente nas dimensões da terapêutica, da diagnose, da doutrina médica, da dinâmica vital e da própria morfologia humana. É uma racionalidade médica que adota o vitalismo na abordagem dos processos de adoecimento e cura dos sujeitos, estabelecendo ou reestabelecendo para a medicina o papel de promotora e recuperadora da saúde e de auxiliar de vida, acompanhando o discurso atual da promoção de saúde, associado à qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, entre outros (Luz, 2005; Buss, 2003).

As dificuldades em relação à acessibilidade, especialmente em relação à marcação de consultas, sobretudo da primeira, prevaleceram como aspecto negativo do serviço. Segundo Acurcio e Guimarães (1996), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados em saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. O conceito de acesso está relacionado a três subcategorias denominadas: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional (Ramos, Lima, 2003; Unglert, 1994). O acesso geográfico foi caracterizado por forma e tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. O acesso econômico, pelas facilidades e dificuldades que o usuário

encontra para obter o atendimento, considerando que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos. O acesso funcional envolveria a entrada propriamente dita aos serviços de que o usuário necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. No caso do CS Modelo, a marcação da primeira consulta está vinculada à Central de Marcação de Porto Alegre, e as consultas seguintes são remarçadas na unidade em dia do mês previamente estabelecido, gerando filas e longo tempo de espera.

A disponibilização de medicamentos de forma gratuita nas unidades do SUS foi considerada, pelos usuários entrevistados, componente importante de um atendimento integral à saúde. Em sua fala, a falta de medicamentos nas unidades é um aspecto negativo dos serviços públicos e foi referida como ponto positivo no serviço de atendimento homeopático - faz parte da unidade uma farmácia de manipulação que disponibiliza os medicamentos gratuitamente.

Um dos aspectos abordados pelos trabalhadores, quando indagados sobre a integralidade no atendimento, referiu-se às próprias condições de trabalho consideradas ruins. Deram, como exemplo, os prontuários do serviço que se encontram dispostos em arquivos pesados, dificultando o manuseio e ocasionando tendinites e outras doenças musculoesqueléticas e o afastamento do trabalho.

Já no entendimento do gestor da unidade, os hospitais, por suas características e modo de funcionamento, são mais apropriados e aproximam-se mais do modelo de integralidade da atenção em saúde, pois faz parte da rotina hospitalar o trabalho interdisciplinar de equipe multiprofissional que atua em torno de um caso clínico. Para ele, os médicos em geral possuem uma tendência a trabalharem isolados, sem comunicação entre si e os demais profissionais e setores, costumando resistir à unificação dos prontuários clínicos e troca de saberes.

(Entrevistado 10): O que é integralidade no atendimento? É uma pergunta difícil, porque nós médicos temos uma tendência a trabalharmos meio isolados; essa integralidade, pelo menos no posto de saúde, eu vejo ela muito difícil, eu até entendo ela no hospital.

Observa-se que o gestor aponta uma característica inerente à prática médica em ambientes não hospitalares, que seria a questão do isolamento e da dificuldade em estabelecer relações de troca, colocando naturalmente em foco a necessidade de discussão da graduação médica e de se repensar os cursos de formação e capacitação destes profissionais. Por outro lado, parece haver certa idealização do espaço hospitalar, ficando o tema da integralidade muitas vezes restrito à concepção de trabalho interdisciplinar e multiprofissional em torno da doença, desconsiderando a possibilidade desta dinâmica de trabalho multiprofissional e interdisciplinar em outros ambientes de atenção à saúde e, também, a importância de outras formas de cuidado e de reestruturação de processos de trabalho que possam contribuir para a integralidade da atenção, tais como: o acolhimento, a criação de redes matriciais, a implementação de formas de gestão participativa e outras estratégias de organização das práticas e do próprio sistema de saúde (Pinheiro, Luz, 2003; Campos, 1997; Mehry, 1997).

Pinheiro e Luz (2003) afirmam que as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo espaço, médicos, usuários e gestores com perspectivas diferentes e interesses distintos. O que se percebe no CS Modelo é que o mesmo reúne práticas de saúde com saberes diferenciados, mas que funcionam de maneira isolada, não interagindo entre si. Do mesmo modo, na unidade, não existem espaços coletivos que propiciem a interlocução entre os atores no cotidiano destas práticas. Esta questão foi apontada por uma das médicas, quando se referiu ao fato de, neste momento, não haver tempo e espaço nem mesmo para as discussões clínicas em homeopatia.

O acolhimento no CS Modelo

A temática do acolhimento nos serviços de saúde adquire importância crescente no campo médico-sanitário e, de acordo com Teixeira (2003, p.98), "vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde", objetivando a qualificação e humanização das relações entre os serviços de saúde/trabalhadores com os usuários. O acolhimento,

enquanto diretriz operacional, pressupõe a atenção a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde e a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema (Franco, Magalhães, 2003).

No CS Modelo não existe uma equipe de acolhimento, mas este tema já foi abordado com os trabalhadores de saúde na gestão anterior, durante reuniões específicas sobre o seu processo de implantação na unidade. De acordo com os profissionais, na prática, este modo de organizar o serviço não se efetivou até o momento.

(Entrevistado 4): O nosso Posto não está assim envolvido no sistema de acolhimento, o Posto todo não está envolvido.

No entanto, quando abordado especificamente sob o enfoque da consulta médica, do atendimento dispensado pelas médicas homeopatas que atuam no serviço, o "acolhimento" na unidade foi considerado muito bom por todos os entrevistados. O atendimento destes profissionais foi referido como sendo pautado pelo diálogo, afeto e atenção, corroborando Teixeira (2003), que se refere à necessidade de o acolhimento ter também um caráter de acolhimento moral do usuário do serviço e de suas demandas, que podem envolver um sofrimento importante. De acordo com o mesmo autor, o diálogo, neste caso, teria por objetivo buscar maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las.

O gestor atual da unidade referiu que o termo *acolhimento* foi muito utilizado pela gestão anterior, mas que a implantação desse novo modo de organizar o serviço deixa muito a desejar na unidade. Segundo o entrevistado (gestor atual), para se ter um bom acolhimento, o CS Modelo teria de contar com local adequado e com profissionais capacitados para identificar e hierarquizar as demandas dos usuários, não as supervalorizando desnecessariamente, a fim de não ocasionar um aumento das mesmas e a dificuldade em atendê-las.

Ao se tratar do acolhimento ao usuário, a questão da acessibilidade voltou a ser apontada pelos entrevistados como um tema de extrema relevância. Voltaram à tona questões envolvendo o acesso geográfico e funcional. A centralização do atendimento homeopático pelo SUS no CS Modelo, o número insuficiente de médicos atendendo no serviço, as dificuldades já mencionadas para o agendamento de consultas, a sobrecarga ocasionada pelo atendimento usual de intercorrências e a demanda reprimida foram apontados como os principais motivos para que o serviço não consiga oferecer um acolhimento adequado, sobretudo, sob a perspectiva do acesso, recepção no serviço e solução das demandas. Observou-se, no entanto, que alguns dos problemas citados estavam relacionados também à existência de vínculos empregatícios diferenciados dos profissionais do serviço, repercutindo, inclusive, no cumprimento de carga horária.

Percebemos, por meio de observação direta que, em termos de instalações físicas, o serviço realmente não conta com local adequado para recepção e acolhimento dos usuários: os mesmos aguardam por suas consultas em bancos de madeira colocados no final de um corredor em frente à porta do consultório. No entanto, sabe-se que o acolhimento é um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário e local adequado para atendimento, devendo ser considerada toda a situação de atenção a partir de sua entrada no sistema (Franco, 2003; Leite, Maia, Sena, 1999).

Chamou a atenção também que, para alguns dos entrevistados, foi estabelecida uma relação direta entre "ser bem atendido" e uma postura passiva por parte do usuário do sistema. O gestor considerou que o atendimento na unidade, dentro do possível, é bom, e que os usuários em geral são tranquilos e muito passivos, aceitando bem as dificuldades, reivindicando muito pouco os seus direitos, questão esta que aparece também na fala de uma das médicas e de uma usuária. Segundo Campos (1997, p.181), "a relação profissional/cliente é concebida como intercâmbio entre um sujeito potente - geralmente o médico - e um objeto suposto de ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico". O mesmo autor acrescenta que a própria denominação 'paciente', utilizada usualmente quando se faz referência ao doente, já revela, conceitualmente, uma situação em que o mesmo teria de suportar os sofrimentos sem queixa.

(Entrevistado 9): Eu vim sujeitada a ganhar um atendimento gratuito, gratuito, né, entre aspas porque alguém paga por esse atendimento, os funcionários não estão aqui sem receber, né?! Tu tem que te sujeitar a fazer sem questionar.

Sobre o sistema de referência e contra-referência e a resolução das demandas, segundo o gestor, há resolutividade na medida do possível, porque a unidade depende demais do sistema secundário e terciário no que se refere a consultas especializadas e à realização de exames de média e alta complexidade.

Vínculo e confiança: a relação médico-usuário

A relação médico-usuário é um dos determinantes da resolução dos problemas de saúde, e a grande parte da efetividade médica resulta da satisfação das pessoas durante o processo de tratamento. Esta satisfação não se limita ao aspecto técnico-científico da medicina, mas inclui também a qualidade do vínculo, comunicação interpessoal e o modo como se estabelecem essas relações (Luz, 1997).

Ao abordarem este tema, as médicas iniciaram traçando o perfil dos usuários na tentativa de explicar o porquê da vinculação dos mesmos ao serviço. Na maioria são mulheres de meia-idade, um grande número de idosos e crianças, que geralmente pertencem a uma "classe média falida". Muitos são aposentados, professores, artistas, que residem no entorno da unidade, usualmente portadores de doenças crônicas, alguns extremamente sofridos, com muitas perdas e problemas emocionais, por estes motivos se vinculam com muita intensidade e são bastante assíduos. Foi referido que os idosos, em especial, estabelecem um vínculo muito bom com o serviço e que, geralmente, são pessoas amigas, carinhosas, pacientes e gratas aos profissionais.

De acordo com as entrevistas, o vínculo mais forte entre médicos e usuários se inicia a partir do momento em que os resultados terapêuticos positivos começam a aparecer, quando, então, o usuário passa a ter mais confiança e a compreender melhor a racionalidade da prática homeopática. A homeopatia está baseada na valorização do indivíduo enquanto totalidade, e não somente em sintomas e doenças específicas, centrando-se na terapêutica, e não na diagnose, e utilizando a narrativa como instrumento fundamental da consulta. Isto torna a relação médico-usuário valorizada como recurso terapêutico que ajuda a compreender a singularidade do sujeito doente e curar ou aliviar o sofrimento (Lacerda, 2003).

De acordo com Luz (1997), a relação médico-paciente pode ser considerada um dos determinantes da resolubilidade dos problemas de saúde, grande parte do sucesso da prática médica resulta da satisfação do paciente em relação ao tratamento.

Foi colocado pelas médicas que o atendimento homeopático é diferenciado porque nele a escuta é muito valorizada, mesmo que, por meio dela, nem sempre seja possível resolver todos os problemas de saúde do usuário. Consideram que muitos dos insucessos de alguns tratamentos estão diretamente relacionados à falta de tempo que o médico tem para ouvir seus pacientes, resultando num tratamento inadequado. Sabe-se que a relação médico-usuário é permeada por tensões e conflitos que envolvem relações de poder e processos de subjetivação, independentemente da racionalidade em questão. Martins (2003) argumenta que podemos identificar inúmeros médicos alopatas que não se deixam seduzir pela rigidez do conhecimento canônico e desenvolvem uma escuta clínica e humana semelhante; do mesmo modo que é possível identificar terapeutas alternativos que, por trás do discurso renovador, demonstram ser utilitaristas e egoístas; chamando a atenção para o fato de que o tipo de relação estabelecida independe da racionalidade médica em questão, estando esta sustentada num atendimento humanizado calcado no tripé *encontros-afetos-conversas* (Teixeira, 2005). Entretanto, não há como desconsiderar que a homeopatia, ao valorizar a escuta como procedimento essencial a sua prática, favorece o sucesso da relação terapêutica e, conseqüentemente, influi positivamente no tratamento.

Para os outros trabalhadores que atuam no serviço homeopático, o vínculo que se estabelece é muito forte; os usuários se apegam às médicas, chegam ao serviço e as procuram pelo nome, não aceitando serem atendidos por outro profissional. A satisfação do usuário parece estar diretamente relacionada à qualidade do vínculo estabelecido. Na opinião da farmacêutica, este fato está associado à anamnese homeopática, que é bem mais detalhada, para possibilitar ao médico encontrar o

medicamento do paciente. Na homeopatia, a individualização é muito relevante, por este motivo, Hahnemann (2001) ressaltou a necessidade de o médico observar e escutar os usuários sem julgamento ou interpretações, valorizando os sintomas subjetivos e objetivos narrados pelos mesmos. Para a farmacêutica, na medida em que vai se estabelecendo uma relação maior de vínculo e confiança, os usuários vão relatando, cada vez mais, seus problemas e sofrimentos.

(Entrevistado 7): É uma deusa, é uma deusa, a doutora A. é fora de série, filha. Ela tem tanto carinho com a gente velha, a gente chega, ela abraça a gente como seja da família, quando sai ela abraça a gente, ela diz "volta de novo".

Na fala dos usuários, as médicas são tidas como pessoas boas, alegres, carinhosas, que sabem ouvir e entender o paciente. Acrescentam ainda que conversam sobre tudo com elas, não somente sobre os problemas de saúde que os levaram ao serviço. Comparando o atendimento homeopático e o alopático, referiram-se ao tempo diferenciado da consulta, a impessoalidade dos médicos alopatas que trabalham no SUS e ao fato de eles se aterem somente às doenças.

Por outro lado, foi dito que o médico alopata examina e solicita mais exames complementares que o homeopata, questões identificadas como parâmetros de qualidade pelos usuários entrevistados. Na biomedicina, quando se pretende diagnosticar uma doença e tratá-la, são priorizados os sintomas objetivos e as alterações corporais diagnosticadas por meio de exames complementares muitas vezes sofisticados, em detrimento da abordagem de aspectos subjetivos do adoecer, que envolvem as queixas emocionais, os sentimentos e a singularidade do processo saúde-doença, não validados por alguns profissionais de saúde (Lacerda, 2003). Ao se objetivar a doença e nomeá-la, não se leva em consideração que a doença do médico não corresponde necessariamente à doença do paciente (Canguilhem, 2002), podendo gerar um desencontro entre os significados pessoais do adoecimento e a percepção médica e os resultados da ação terapêutica. Além disso, os recursos tecnológicos da medicina e o poder da mídia na divulgação e ideologização do público em geral sobre os avanços nesse campo e o consumo dessas novas tecnologias acabam repercutindo no imaginário e na percepção das necessidades de saúde por parte da população em geral (Castiel, 2007, 2003, 1999).

Para o gestor da unidade, a questão da relação médico-usuário ser ou não pautada pelo vínculo e confiança está diretamente ligada ao estilo do profissional, e não à racionalidade médica em questão. Importa a atenção que o médico dispensa durante a consulta e "esta coisa mágica" que faz com que o usuário confie num sujeito que nunca viu anteriormente. Coloca que uma boa relação médico-paciente não é muito fácil, sobretudo num sistema de saúde onde o profissional tem uma série de dificuldades para dar um bom atendimento, é desvalorizado e visto pelo usuário como sendo o próprio sistema.

Cuidado, cura e alívio do sofrimento

O cuidado seria mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo; representaria uma atitude interativa de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo para com o próximo. O cuidado seria apreendido como uma ação integral voltada para a compreensão da saúde como um direito de ser; seria a atenção ao sofrimento, freqüentemente fruto de fragilidade social, com tratamento digno, acolhedor e respeitoso (Luz, 2004; Boff, 2000).

Quando abordamos o tema '*cuidado*' optamos por fazê-lo sob os seguintes enfoques: cura ou alívio do sofrimento, atendimento às necessidades de saúde, e o fato de o usuário ser ou não assumido como um todo pelo serviço. O entendimento dos entrevistados sobre o tema foi muito associado à questão da resolubilidade, especialmente sob a perspectiva da cura e alívio de sintomas, observando-se uma hierarquização dos conceitos por parte dos entrevistados.

Não existiu consenso a respeito de a homeopatia curar ou somente aliviar o sofrimento. Uma profissional disse que nunca ouviu nenhum usuário referir-se ao fato de ter sido realmente curado pela homeopatia, mas concorda que alivia muito o sofrimento das pessoas. Os demais consideraram a existência de casos nos quais a homeopatia pode realmente curar e de outros em que somente traz o alívio - para as médicas, isto vai depender do problema de saúde.

A respeito do processo de cura na homeopatia, Constantine Hering, médico homeopata, discípulo de Hahnemann, que sistematizou as Leis de Cura homeopáticas, conhecidas por “Leis de Hering”, a melhora dos sintomas ocorre de cima para baixo e desaparecem na ordem inversa de seu aparecimento; a melhora da enfermidade ocorre de dentro para fora, do mental para o físico, sendo que o alívio aparece primeiramente nos órgãos mais importantes, e os sintomas da pele e das mucosas são os últimos a desaparecer (Hering apud Eizayaga, 1981). Nos dias atuais, sabe-se que grande parte da demanda por atendimento médico envolve queixas relacionadas a sofrimentos físicos e psíquicos genéricos, inespecíficos, não contemplados e muito menos equacionados pelo arcabouço anátomo-patológico e clínico constituído pelo modelo biomédico, trazendo a categoria “alívio” à centralidade das práticas em saúde.

As médicas também relacionaram esses resultados ao pouco tempo que têm tido para fazerem o estudo aprofundado de cada paciente e para discussões clínicas - situação decorrente, segundo elas, do excesso de demanda e do número insuficiente de profissionais atuando no serviço neste momento. De acordo com Lacerda e Valla (2004), para que o profissional consiga identificar o sofrimento e ajudar os sujeitos, é necessário escutá-los para saber o que sentem e temem, objetivando validar o que é relatado pelos mesmos.

(Entrevistado 2): Ele pode se curar e às vezes só traz alívio, são as duas funções também. Precisa curar, se não der pra curar, alivia.

(Entrevistado 7): Cura, filha. Eu estava muito doente esses tempos e ela me receitou *arnica* e umas outras coisas e foi uma beleza, né.

Os profissionais de saúde acreditam que, no serviço, o usuário é assumido como um todo, mas relacionaram isto às características terapêuticas e à maneira como a medicação homeopática age no indivíduo. Já os usuários relataram que as médicas são afetuosas e têm uma preocupação com o bem-estar do paciente, e se sentem inteiramente assumidos pelo serviço, tal como afirma Machado et al. (2004, p.69) quando diz que “a procura pela homeopatia está associada à busca por uma ‘humanização’ do atendimento (associada pelos pacientes a termos como confraternização, carinho e amor)”.

Para o gestor, os médicos, em geral, não curam, apenas aliviam o sofrimento de seus pacientes. Afirmou que hoje, na medicina, a maioria das doenças não tem cura, citando como exemplos: a hipertensão, o diabetes e as doenças reumatológicas.

Com base na observação, na análise de documentos e nas entrevistas, percebemos que há uma série de problemas que têm prejudicado o bom funcionamento do serviço, que vão desde a forma de agendamento e acolhimento dos usuários, a presença de diferentes vínculos empregatícios, passando por dificuldades de aquisição de matéria-prima para a farmácia homeopática até falhas nos sistemas de referência e contra-referência.

Considerações finais

A organização do Sistema Único de Saúde brasileiro ainda tem como grande desafio o atendimento adequado às necessidades da população. A crítica ao modelo hegemônico de atenção baseado na biomedicina tem produzido análises pautadas em questões estruturais, de ordem política, social e econômica (Campos, 1997; Mendes et al., 1994; Merhy, 1992). O aumento da demanda de atenção médica em decorrência de problemas de saúde abrangentes, que incluem aspectos psicossociais, do desequilíbrio da demanda-oferta dos serviços públicos de saúde e da baixa resolubilidade do modelo biomédico, faz com que seja necessário redefinir práticas de atenção, superando a visão cartesiana e reducionista e reorganizando os serviços.

Valla (2005) enfatiza que, nos dias atuais, mesmo com uma rede de saúde pública extensa, não tem sido possível atender a uma queixa usual das pessoas, denominada “sofrimento difuso” - dores de cabeça, dores no corpo, medo, ansiedade - sintomas para cujo tratamento o sistema não dispõe nem de

tempo nem de recursos, restando à medicina tradicional medicalizar o problema. A oferta de atendimento homeopático pelo SUS traria às classes populares a oportunidade de uma atenção diferenciada, mais adequada na abordagem dos sofrimentos contemporâneos, e que concorre com os princípios de humanização e de resolubilidade dos serviços.

Observou-se que, no caso analisado, a promoção da integralidade da atenção à saúde tem sido restrita a alguns de seus aspectos, como o vínculo e o cuidado diretamente associados à relação médico-usuário. No entanto, o processo de trabalho foi pouco problematizado; pode-se dizer que o acolhimento no serviço inexistente e sua implantação não parece prioridade. Ao longo do tempo, ocorreu perda de profissionais e de espaço físico dentro da unidade de saúde, havendo o aumento da demanda reprimida. A acessibilidade foi uma das questões mais identificadas como problema, e a centralização deste tipo de atendimento em um único serviço na cidade é um dos fatores que têm dificultado o acesso dos usuários. A própria gestão do serviço demonstrou clara falta de adesão, comprometimento e interesse em investir num modelo não biomédico, contrariando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (portaria MS nº 971/2006).

Embora a homeopatia seja uma racionalidade médica coerente e fortalecedora dos princípios do SUS, é preciso que ela seja reconhecida, valorizada e disponibilizada como opção terapêutica a toda população, contribuindo na promoção da integralidade em saúde.

Colaboradores

Os autores Carolina Santana e Élda Hennington participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. Roque Junges participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto. Carolina Santana desenvolveu as atividades de campo da pesquisa.

Referências

- ACURCIO, E.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v.12, suppl., p.233-42, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. et al. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, A. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.104-21, 1996.

CASTIEL, L.D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Dédalos e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D. et al. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-95.

_____. **A medida do possível...** saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa/Fiocruz, 1999.

COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA. ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. **A homeopatia no Sistema Único de Saúde**: histórico e situação atual. Disponível em: <<http://www.homeopathicum.com.br/ler>>. Acesso em: 19 ago. 2004.

EIZAYAGA, F.X. **Tratado de Medicina Homeopática**. Buenos Aires: Ediciones Mercel, 1981.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, J.R.H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p.125-133, 2003.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO JR., K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1093-103, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232006000400030&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2007.

HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar**. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

KENT, J.T. **Lições de filosofia homeopática**. Curitiba: Nova Época, 1954.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 91-102.

_____. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p.169-96.

LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A.; SENA, R.R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.52, n.2, p.161-8, 1999.

LUZ, H.S. **Racionalidades médicas**: a medicina homeopática. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 64).

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v.15, suppl., p.145-76, 2005.

_____. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.9-20.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v.7, n.1, p.13-45, 1997.

LUZ, M.T. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil.** São Paulo: Dynamis, 1996a.

_____. **V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas.** Rio de Janeiro: IMS, 1996b. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 136).

_____. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p.57-74, 2004.

MARTINS, P.H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, p.45-59, 2003

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, p.39-64, 2001.

MENDES, E.V. et al. (Orgs.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

_____. **A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, p.07-34, 2003.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.1, p. 27-34, 2003.

SANTANNA, C. **A prática médica homeopática no Centro de Saúde Modelo e o princípio da integralidade: um estudo de caso.** 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale Rio dos Sinos, São Leopoldo. 2005.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.585-97, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1413-81232005000300016. Acesso em: 28 nov. 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p.89-111.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.221-35.

VALLA, V.V. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C.E. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.77-89.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E.A.; JUNGES, J.R. Práctica médica homeopática y la integralidad. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.233-46, abr./jun. 2008.

El Centro de Saúde Modelo ha sido la primera unidad del Sistema Unificado de Saúde brasileño que ha implantado el servicio de atendimento homeopático en Rio Grande do Sul. Este estudio tuvo por objeto conocer la contribución de dicho atendimento para el desarrollo del principio de la integralidad. Se trata de estudio de caso, utilizando como categorías norteadoras la acogida, el vínculo y el cuidado, siendo los datos producidos a partir de documentación, observación directa y entrevistas con usuarios y trabajadores. Los resultados indican que la homeopatía, al acoger y tratar a personas en su singularidad y totalidad, permite una atención diferenciada. Sin embargo la integralidad se ha restringido a algunos de sus aspectos como el vínculo y el cuidado directamente asociados a la relación médico-usuario. La dificultad de acceso ha sido el principal problema identificado. Coherente y fortalecedora de los principios del Sistema Unificado de Saúde, la homeopatía ha de ser valorada como opción terapéutica para que pueda efectivamente contribuir en la integralidad de la atención en salud.

Palabras clave: Integralidad. Homeopatía. Gestión en salud. Estudio de caso.

Recebido em 12/06/07. Aprovado em 15/11/07.

O ensino da homeopatia e a prática no SUS

Wania Maria Papile Galhardi¹
Nelson Filice de Barros²

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F. The teaching of homeopathy and practices within Brazilian Public Health System (SUS). *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.247-66, abr./jun. 2008.

This study focuses on training for homeopathic physicians as one of the actions developed for humanizing medical practice. In Brazil, this took place outside of university-level teaching institutions until 2003, when the specialization course on homeopathy was established at Jundiaí School of Medicine, with teaching practice and attendance for public health service users. This study aimed to assess the training for homeopathic physicians at Jundiaí and the perceptions of users, health professionals, course teachers and tutors and the school's academic board, regarding homeopathy and the course. The study was qualitative and used interviews, focus group techniques and questionnaires. Three analytical categories emerged from the data: a) knowledge of reference points for homeopathy; b) homeopathy as a new paradigm for teaching and attendance within public health; and c) general course structure. It was concluded that teaching homeopathy in university-level institutions is viable as a public health-oriented clinical teaching activity.

Key words: Homeopathy. Wholesome. Teaching. Attendance. Single health system.

Este estudo focaliza a formação do médico homeopata com uma das ações desenvolvidas para humanizar a prática médica. No Brasil, essa ação aconteceu fora das Instituições de Ensino Superior (IES) até 2003, quando foi implantado o curso de especialização em homeopatia na Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), com prática pedagógica e atendimento aos usuários de Saúde Pública. O objetivo do trabalho foi avaliar a formação do médico homeopático na FMJ e as percepções de usuários, profissionais de saúde, professores e tutores do curso, e congregação da faculdade, sobre a homeopatia e o curso. O estudo, de natureza qualitativa, utilizou entrevistas, técnica de grupo focal e questionários. Três categorias analíticas emergiram dos dados: a) conhecimento do referencial em homeopatia; b) homeopatia como o novo paradigma de ensino e assistência em saúde pública; c) estrutura geral do curso. Concluiu-se pela viabilidade do ensino de homeopatia em IES com prática pedagógica clínica orientada à saúde pública.

Palavras-chave: Homeopatia. Integralidade. Ensino. Assistência. Sistema Único de Saúde.

¹ Médica. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí. Rua Francisco Telles, 250 Vila Arens - Jundiaí, SP 13.202-550 waniapg@terra.com.br
² Sociólogo. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Introdução

A homeopatia foi introduzida no Brasil pelo médico homeopata francês Benoit Mure, em 1840, e sua difusão oscilou com influência direta dos fatores históricos, sociais, econômicos e culturais, com períodos de reconhecimento, ascensão e decadência. Segundo Luz (1996), a homeopatia é marcada por diferentes fases na sua história no Brasil, com destaque para as décadas de 1970 e 1980, nas quais se identifica a retomada do ensino da homeopatia e o seu reconhecimento como especialidade médica em 1979, pela Associação Médica Brasileira, e, logo a seguir, em 1980, pelo Conselho Federal de Medicina. Assim, naqueles anos ocorreram a implantação e o desenvolvimento de inúmeras instituições formadoras em homeopatia no país e a retomada de associações como a Associação Paulista de Homeopatia (APH).

Em 1981, foi criada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), órgão corporativo que tem como objetivos: estabelecer diretrizes para os cursos de formação do médico homeopata, regulamentar o ensino e normatizar a concessão do "Título de Especialista em Homeopatia". Atualmente, os cursos de formação em homeopatia são oferecidos a médicos graduados, em caráter de especialização, com carga horária de mil e duzentas horas, distribuídas ao longo de dois ou três anos. São ministrados por entidades de ensino que compõem um Conselho de Entidades Formadoras em Homeopatia, criado em 1997, para tratar de assuntos como: o estabelecimento das metas de ensino, o intercâmbio entre as formadoras, os planejamentos e o estímulo à pesquisa (Luz, 1999).

No atual cenário de ensino universitário brasileiro, a homeopatia tem diferentes inserções, como: no Curso de Pós-Graduação em Homeopatia da Faculdade de Medicina de Jundiaí/SP, na Residência Médica em Homeopatia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO/RJ, e, nessa mesma escola, com a disciplina "Matéria Médica Homeopatia" em caráter obrigatório. Além de estar presente em muitas escolas de medicina como disciplina optativa do currículo da graduação - Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo e Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. No entanto, a grande maioria dos cursos para formação de especialistas continua sendo ministrada à parte das faculdades de medicina do país.

Em 2003 foi criado o Curso de Pós-Graduação em Homeopatia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (CPGH-FMJ), cuja prática de ensino ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Jundiaí. O projeto do curso foi elaborado por um grupo composto por médicos, dentistas e farmacêuticos homeopatas. Estes profissionais estudam e aplicam a prática clínica homeopática ensinada por Hahnemann na sexta edição do *Organon da arte de curar* (Hahnemann, 1984). O grupo prestou atendimento na APH por aproximadamente cinco anos. Em seguida, teve sua experiência em atenção básica no Centro de Saúde de Pinheiros, em São Paulo, por dois anos. Após estas experiências teve início, em agosto de 2003, o CPGH-FMJ, com características especiais que o diferenciam, como: estar vinculado a uma instituição de ensino médico; estar inserido no SUS; contar com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (COMUS, 2004); estar inserido na rede municipal como ambulatório de atenção secundária; e fazer parte do sistema de referência-contrareferência do serviço de saúde pública de Jundiaí.

Este trabalho analisou, de forma geral, a formação do médico homeopata do Curso de Pós-Graduação em Homeopatia da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Analisa especificamente: as modificações na prática e conduta dos médicos-alunos do CPGH-FMJ, a partir do ingresso no curso; a percepção dos Professores e Preceptores do CPGH-FM e da congregação da FMJ sobre a homeopatia e sobre o curso; a percepção dos profissionais da saúde do Ambulatório de Especialidades/Núcleo Integrado de Saúde sobre a homeopatia, e o atendimento homeopático no SUS; e a percepção dos usuários que fazem tratamento homeopático nos serviços público de Jundiaí.

Em maio de 2006 foi publicada a portaria nº 971 do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para o SUS (Brasil, 2006), que trata da regulamentação da implantação, da implementação, da garantia de acesso de toda população às práticas, da avaliação das práticas, das pesquisas científicas, bem como do financiamento de todas as ações necessárias para a viabilização da política.

Sobre a pesquisa

Em 2004, iniciou-se um estudo de caso sobre o CPGH-FMJ, adotando-se a metodologia qualitativa, que considera a visão, o juízo, o ponto de vista dos interlocutores; busca o aprofundamento e a abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política (Minayo, 2004); permite trabalhar informações abrangentes e sistemáticas em profundidade, coletadas de pessoas, eventos, episódio de doenças, programas, organizações etc. (Tobar, Yalour, 2001; Lüdke, André, 1986).

Os sujeitos aqui analisados interagem entre si no seu dia-a-dia, pois são: alunos, usuários, profissionais administrativos da saúde, professores e preceptores. Eles ocupam o mesmo espaço físico, relacionam-se diretamente na organização do atendimento médico homeopático e têm uma interface na relação médico-paciente, professor-paciente e profissionais da saúde-paciente. Os demais sujeitos, membros da congregação da FMJ, representam o "poder" no campo da saúde perante a instituição médica e a sociedade local, e em suas percepções e perspectivas destaca-se a veemência de suas "falas", o que pode contribuir para a solidez e institucionalização da racionalidade médica homeopática.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade e aplicação de questionários semi-estruturados. Os alunos responderam questionários a cada seis meses: com um mês de curso (março 2004), seis meses, após início do ambulatório da prática clínica (agosto 2004) e ao término do curso (junho 2005). Os professores, preceptores, responsáveis pelo ensino e prática clínica em homeopatia, responderam questionário em abril 2004; o diretor da FMJ foi entrevistado em junho 2005, e os demais membros da congregação responderam questionário em agosto de 2005. Os profissionais da saúde lotados no ambulatório foram entrevistados de forma coletiva, com uma técnica adaptada do grupo focal, em agosto de 2004. Os usuários em tratamento homeopático no serviço responderam questionário após seis meses do início do ambulatório (agosto 2004) e após 18 meses do início do ambulatório (agosto de 2005).

Foi desenvolvida técnica da metodologia qualitativa para a análise dos dados. Entende-se que *analisar os dados* qualitativos significa "trabalhar" todo material obtido durante a pesquisa, ou seja, as observações, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. O que implica, primeiro, organizar o material, dividindo-o em partes, relacionando estas partes e procurando identificar nelas tendências e padrões relevantes. No momento seguinte, as tendências e os padrões são reavaliados, buscando-se "núcleos de sentidos", categorias de análise e relações para inferir em um nível de abstração mais elevado (Minayo, 2004; Lüdke, André, 1986; Bardin, 1977).

As categorias para análise foram: o conhecimento e referencial sobre a homeopatia, que permite analisar as percepções que os sujeitos têm da homeopatia e o que fez com que a buscassem para suas vidas, como racionalidade médica e método terapêutico; a homeopatia como novo paradigma de ensino/assistência no SUS, que permite analisar as repercussões deste novo paradigma nas vidas dos diferentes sujeitos envolvidos com ela, as mudanças de conduta, a sua aceitação no campo da saúde, a sua aplicação e desenvolvimento na FMJ e no SUS; e a estrutura geral do curso, que permite analisar a qualidade daquilo que é ensinado (Quadro 1).

Nos diferentes papéis que os sujeitos exercem, as perspectivas e percepções complementam-se e solidificam-se, permitindo ao pesquisador a análise das condições e dos benefícios do objeto estudado. Assim, foi possível conhecer o que cada um dos sujeitos analisados percebe, visualiza e espera sobre a homeopatia e o tratamento homeopático no serviço público de saúde e o Curso de Pós-Graduação em Homeopatia da Faculdade de Medicina de Jundiá.

Quadro 1. Categorias de análise.

Sujeitos	Conhecimento e referencial sobre homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Alunos	Por que buscou a homeopatia?	Quais alterações ocorreram em sua conduta profissional e prática diária? O que mais contribuiu do curso com seu conhecimento?	Quais impressões têm: do projeto pedagógico, dos materiais didáticos, da prática ambulatorial, dos medicamentos, das áreas físicas?
Pacientes	Por que buscou a homeopatia?	O que sabem da homeopatia? Como percebem seu estado de saúde, em relação a: - frequência e intensidade dos sintomas? - satisfação das necessidades? - realização das tarefas diárias? Qual a avaliação sobre a consulta e medicamento? Qual a impressão sobre a homeopatia no SUS? Recomendaria a homeopatia?	Como avaliam o atendimento realizado por alunos com a presença de colegas e professores na mesma sala?
Profissionais de saúde	Qual conhecimento anterior da homeopatia?	Quais foram as alterações notadas no ambulatório com a implantação da homeopatia? Qual a impressão sobre o paciente que se trata com homeopatia e a consulta homeopática? Qual a impressão sobre a relação dos médicos homeopatas com os demais médicos e outros profissionais?	Como foi a adequação da área física para a implantação do ambulatório de homeopatia? Que alteração houve no sistema de marcação de consulta para adequação da agenda?
Professores e preceptores	Por que desenvolver o ensino nesta racionalidade?	Qual a expectativa diante da função que desempenha? Como avalia: prática ambulatorial, acesso, carga horária, número de consultas, progresso do aluno e ensino no SUS? O que espera que seu aluno tenha assimilado?	Qual avaliação dos recursos didáticos, avaliação dos alunos, da farmácia e medicamentos, e da estrutura física?
Diretor e Congregação da Faculdade de Medicina Jundiaí	Por que aprovou o CPGH-FMJ? O que espera do CPGH-FMJ?	O que sabe sobre essa racionalidade? Qual a possibilidade do ensino dessa racionalidade no SUS?	Qual sua impressão atual sobre o curso? Quais implicações tem o curso em relação a outros departamentos/ cursos da FMJ?

Fonte: Galhardi, 2005.

Resultados

O CPGH-FMJ na percepção dos alunos

Os alunos egressos do curso foram em número de oito. Todos já haviam concluído outra especialização médica, exceto um, e eram formados nas décadas de 1980-1990, um em 2002 (Quadro 2). Portanto, conheciam e praticavam a racionalidade médica alopática há pelo menos dez anos.

Escolheram a prática homeopática como mais uma possibilidade de tratamento para os seus pacientes, especialmente para as doenças crônicas, e por evidenciarem os resultados positivos dos tratamentos aos quais, sobretudo, seus filhos tinham sido submetidos. Também foi comum, entre os alunos, certa inquietude e sentimento de responsabilidade para com aqueles que lhes solicitam ajuda. Apresentavam um grande interesse em resolver, em levar alívio aos “problemas” de saúde, nem sempre graves, mas responsáveis por produzirem desconforto e alteração no cotidiano. Essa inquietude foi identificada em trechos como os que se seguem: “tratar doenças não é o mesmo que tratar doentes” (A1); “a prática alopática me frustrava não era este tipo de medicina que eu queria fazer” (A2); “havia dificuldade de medicação em doenças crônicas” (A3); “visão mais ampla do paciente” (A4); “não conseguia curar os pacientes com paliativos” (A5); “falta resolutividade na alopatia para doenças crônicas” (A5); “algo que proporcionasse mais contato com o paciente [...] antes eu tinha uma forma de atuação de pronto-atendimento [...] mesmo que dispensasse mais tempo não conseguia ser muito completa” (A8).

No primeiro mês da prática clínica, os alunos se preocupavam em perceber os detalhes da história clínica, com a intenção de identificar os sintomas peculiares que os auxiliariam na escolha do medicamento homeopático; tornavam-se mais detalhistas, buscavam a totalidade sintomática individual e, mesmo fora do curso, estavam mais perceptivos aos detalhes nas consultas médicas que realizavam. Assim relataram os alunos: “tenho prestado mais atenção a alguns detalhes sobre a condição clínica do paciente [...] [e] esforço em resgatar o bem-estar em sua totalidade” (A6); “continuo atuando como alopata, às vezes, tenho vontade de refazer a anamnese e tratar o doente homeopaticamente” (A3); “estou me familiarizando com a metodologia e vendo sua eficácia” (A4).

Com seis meses de curso, em agosto de 2004, sentiram maior facilidade e segurança na elaboração da história médica homeopática e no diagnóstico medicamentoso, embora enfatizassem a demora no estudo do caso. O Aluno1 afirmou: “sinto-me mais seguro e a idéia de aplicar os conceitos e iniciar o atendimento não me assusta mais”. No discurso de outros alunos, identificam-se expressões de maior segurança na prática, porém com cautela, quando afirmam: “a cura parcial produz apenas um alívio imediato” (A1). “sinto-me preparado para a prática no meu dia-dia, sinto que este projeto deve crescer cada vez mais [...] sempre que possível me colocando à disposição para ajudar neste projeto” (A1).

Um aluno apontou o estudo da homeopatia como superior ao estudo individualizado dos órgãos e da fisiologia. Sinalizou, também, o desconhecimento dos alopatas sobre a prática homeopática, para ele, “a visão [...] pelo Organon, é muito superior àquela fornecida pelo estudo individualizado dos órgãos e da fisiologia [...] falta muito na conduta alopática que desconhece a homeopatia” (A4). Nesse mesmo período, um aluno colocou-se crítico em relação à alopatia, relacionando isto ao fato de estar “mais crítico com minha prática alopática, porque a sinto mais impotente” (A6); outro se referiu à satisfação com o tratamento homeopático, tanto do ponto de vista do médico, como do paciente: “este tipo de atendimento traz uma grande satisfação não só para o médico, como também para paciente” (A7); e outro ainda enfatizou a disposição dos professores e preceptores para o ensino, como um fator de grande importância, considerando-os “pessoas com muita disposição para ensinar e transmitir conhecimentos” (A8).

Também, em agosto de 2004, alguns alunos destacaram o atendimento em seus consultórios. Sentiam-se mais confiantes. Suas justificativas para o início da prática foram distintas, mas conduzem na direção da confiança: “consegui ter mais segurança com o atendimento em meu consultório [...] fiquei animada com pelo menos três casos” (A5); “consigo ver meus pacientes de maneira diferente, sou capaz de enxergar o desenvolvimento de suas doenças melhor do que antes e isso é somente o início porque apenas pouca experiência possuo com homeopatia” (A4); “comecei aplicar a homeopatia nos casos de doenças crônicas parece a melhor opção” (A5).

De maneira geral, foi salientada pelos alunos a necessidade de estudar sempre, de conhecer a teoria e ter acesso a grande número de atendimentos. Apontaram a importância do ambulatório para o aprendizado e atribuíram a ele a possibilidade de adquirir a confiança necessária.

Alguns alunos identificaram a homeopatia como uma forma de atenção humanizada à saúde: “consigo dar um atendimento mais completo e humanista” (A7); “melhorou muito a minha prática, [...] estou considerando particularidades que antes não dava importância, mas que fazem parte do todo do paciente, [...] o curso me proporcionou uma visão mais humanizada do atendimento” (A5).

Quadro 2. Alunos do CPGH-FMJ.

Alunos	Conhecimento e referencial sobre a homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Março/2004	<p>"Tratar doenças não é o mesmo que tratar doentes."</p> <p>"A prática alopatia me frustrava, não era esse tipo de medicina que eu queria fazer."</p> <p>"No início queria me diferenciar dentro da especialidade. Aqui, Homeopatia, dentro da minha especialidade, é algo inédito."</p> <p>"Algo que proporcionasse maior contato com a paciente ou, mais especificamente, que considerasse o indivíduo em todos os seus aspectos."</p>	<p>"Tenho prestado mais atenção a alguns detalhes sobre a condição clínica do paciente e estou tendo maior preocupação com a melhoria do paciente como um todo. Antes era muito técnico. Esforço em resgatar o bem-estar em sua totalidade."</p>	<p>"Ambulatório, ótimo, porque vemos os casos, discutimos e escolhemos os sintomas [...] é possível trocar conhecimento e idéias sobre a prática homeopática. Aprendemos as dificuldades de fazer a parte final dos medicamentos."</p> <p>"No ambulatório a discussão com as preceptoras tem enriquecido muito e os casos têm me trazido oportunidade de maior participação e estudo. Mas sem macas, não há cadeiras suficientes."</p> <p>"Ambulatório é regular na estrutura física e características da rede pública (local, salas, funcionários)."</p>
Agosto/2004	<p>"Vejo que é necessária muita dedicação e seriedade, e que manter qualidade não é fácil, mas diferencia qualquer um."</p> <p>"Visão mais ampla do paciente. Sem dúvida falta muito na conduta alopatia, que desconhece os conhecimentos homeopáticos".</p>	<p>"É trabalhoso para escolher o remédio e ficar com a consciência tranquila. Estou mais crítica com relação a minha prática alopatia, porque a sinto mais impotente."</p>	<p>"Estou bastante satisfeita, me sinto bem preparada para a prática no meu dia-a-dia. Sinto que este projeto deve crescer cada vez mais, pois é de muita importância para o crescimento de uma homeopatia séria, idônea e científica. Além do aprendizado, fiz amigos e me sinto feliz por estar fazendo parte deste grupo. Pretendo continuar participando dos ambulatórios."</p> <p>"Ambulatório, essa prática que nos dá segurança para desenvolver a homeopatia. Mas as cadeiras desconfortáveis, falta de maca, balança, para examinar paciente."</p> <p>"O mais importante no curso é que estou conseguindo sedimentar e sistematizar os conceitos. Isso está me deixando mais segura."</p> <p>"Ambulatório é a melhor parte do curso. Já aprendemos a preparação dos medicamentos [...]."</p>
Junho/2005	<p>"A alopatia continua tendo um lugar inestimável nos agudos, mas, tratando-se de crônicos, a homeopatia merece destaque."</p> <p>"Após conhecer Hahnemann e a sua homeopatia não tem como voltar a ser um simples médico."</p> <p>"Se soubesse antes do curso de todo o histórico, a falta de ciência, a falta de consenso, a falta de reconhecimento da homeopatia no Brasil e no mundo, eu nunca teria feito este curso, NUNCA. Fiz porque meus filhos melhoraram de suas infecções frequentes com homeopatia, me pareceu que deveria conhecer mais sobre este tipo de tratamento e vocês apareceram aqui com este curso."</p>	<p>"No ambulatório, aprende-se, podemos ver as evoluções dos casos. É ótima maneira de aprender, de uma forma coerente e metódica como adequar doses a cada caso em especial, a controlar agravações – reconhecê-las. Passei a dar mais atenção a sintomas que realmente fazem diferença na escolha do medicamento, e aprendi a fazer uma homeopatia mais crítica e científica. Vejo que a teoria pode mesmo ser posta em prática."</p>	<p>"O sistema de agendamento dos pacientes ainda é falho."</p> <p>"Fiquei prejudicada no curso porque não sei informática. As aulas eram enviadas por e-mail, eu não sei pegar, era capaz de apertar um botão e apagar tudo!"</p> <p>"Atender e acompanhar a evolução clínica dos pacientes no ambulatório nos dá uma experiência clínica de valor inestimável."</p> <p>"O ambulatório é insubstituível - como se cada consulta fosse uma pedra da fundação de uma obra."</p> <p>"Acho um grande benefício o paciente poder sair da consulta com o remédio."</p>

Fonte: Galhardi, 2005.

Em junho de 2005, fim do curso, os alunos afirmaram-se satisfeitos, embora percebessem a necessidade do aprimoramento contínuo. Percebiam que a racionalidade médica homeopática tem bases teóricas sólidas, onde cada caso merece um estudo individualizado. Conheciam os resultados dos tratamentos, sabiam como acompanhar cada paciente atendido e consideravam ter feito uma boa escolha. Destacou-se a fala da Aluna 8: “quando entrei no curso não conhecia nada, foi [um amigo] [...] que me chamou para o curso [...] seria uma boa ocupar meu tempo com algo diferente, [...] atirei no que vi e acertei no que não vi, [...] tenho 100% de satisfação [...] a homeopatia não é como pensei, é muito melhor [e] [...] usei em alguns dos meus pacientes que melhoraram.”

No mesmo período, foi abordado um aspecto importante sobre o não reconhecimento do caráter científico da homeopatia, o que se destaca como fator desestimulante para a sua escolha como especialidade médica, “se soubesse do histórico da homeopatia, da falta de reconhecimento [...] no Brasil e no mundo, eu nunca teria feito este curso, [...] nunca!” (A5). Entretanto, o mesmo aluno declarou que “a satisfação de realmente mudar a saúde física e mental do paciente, de modo positivo, significativo e duradouro, é indescritivelmente maravilhosa, ainda me emociono com os resultados [...] agora tenho renovado as esperanças de tratar doentes crônicos, coisa que a gente vai perdendo ou costuma não se preocupar com o tempo [usando] a medicina convencional”.

No final do curso, os alunos destacaram a melhora da qualidade da relação médico-paciente, o desenvolvimento do senso crítico, a autonomia técnica, e reafirmaram a importância da visão da totalidade sintomática, como nesse trecho do discurso do aluno A4, que afirma que “o todo do paciente é composto por detalhes que se relacionam muito mais do que valorizávamos como não homeopatas”.

Durante todo o período da formação dos alunos da primeira turma, as instalações do ambulatório eram precárias, tanto em estrutura física, como em equipamentos. No entanto, os alunos apontaram a importância do ambulatório para o aprendizado e atribuíram a ele a possibilidade de adquirirem a confiança necessária. Em certa medida, consideraram-no insubstituível para o aprendizado: “ambulatório é ótimo, porque sempre fazemos avaliação sobre como foi feito o atendimento, o que pode melhorar, discutimos o caso, discutimos quais são os sintomas-chave e porquê [...] é muito instrutivo” (A2); “casos discutidos com coerência” (A3); “esta prática nos dá segurança” (A3); “não esqueci o calor das salas [...]”, “mas o que era isto perto do resultado obtido [...] o ambulatório é insubstituível – como se cada consulta fosse uma pedra da fundamentação de uma obra” (A4); “com a prática ambulatorial adquirimos experiência [...] no manejo clínico de nossos pacientes” (A7). Outro aluno destacou, ainda, como um aspecto importante para o aprendizado, durante a prática ambulatorial, a “oportunidade de conviver com outros profissionais capacitados e pessoas tão interessantes, tanto do corpo docente quanto discente” (A8).

O preparo dos medicamentos prescritos sempre foi realizado imediatamente após o término de cada consulta, por um ou dois alunos, sob supervisão dos professores ou preceptores, pois fazia parte do aprendizado desenvolver um espírito crítico em relação à qualidade do serviço farmacêutico, no que se refere à ética, profissionalismo, técnica e matéria-prima. O episódio da preparação dos medicamentos despertou diferentes tipos de reações nos alunos, como nos relatos: “ótimo aprender fazer os medicamentos, mas isto leva a um atraso nas consultas” (A1); “o espaço da farmácia faz falta, manipular o remédio é interessante no aprendizado” (A2); “(...) acho um grande benefício o paciente poder sair da consulta com seu medicamento” (A8).

O CPGH-FMJ na percepção de professores e preceptores

Foram seis os entrevistados nessas categorias, sendo um farmacêutico e os demais médicos (Quadro 3). O coordenador do curso e os professores convidados não participaram da pesquisa. Os entrevistados afirmaram suas expectativas em relação ao crescimento da credibilidade e institucionalização da terapêutica homeopática, bem como em relação ao ensino e desenvolvimento de pesquisas. Salientaram as más condições físicas do ambulatório, a precariedade dos equipamentos médicos e do mobiliário, bem como a falta de local apropriado para farmácia. No entanto, destacaram que o número de atendimentos realizados e as discussões de casos estavam adequados ao aprendizado: “o número de consultas é bom e é boa a qualidade das discussões de ambulatório” (P1).

Quadro 3. Professores e preceptores do CPGH-FMJ.

Sujeitos	Conhecimento e referencial sobre homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Sujeitos PP	“Acredito no crescimento e desenvolvimento, principalmente no ensino da homeopatia Hahnemanniana, porém é importante que seja em conjunto com a institucionalização, fortalecimento, credibilidade da homeopatia como opção de tratamento.”	“É necessário ensinar o método Hahnemanniano na sua íntegra para o fortalecimento do mesmo.” “Espero que os alunos aprendam os princípios básicos da homeopatia e a teoria e prática homeopática Hahnemanniana.” “O encaminhamento da rede não vem completo como deveria, recebo história clínica sem os resultados dos exames.”	“O período para entrega de medicamento é regular, porém é ruim para dispensação. Devido à precocidade e inovação do curso/ambulatório, encontramos dificuldade inicial esperada [...].” “Ótimo para matéria-prima e bom para manipulação; somos nós, do ambulatório, que manipulamos ainda, mas tudo será reavaliado para melhorar.” “A área física é ótima para o anfiteatro e considerado boa para recepção e ambulatórios.”
Sujeitos PE	“Acredito e trabalho para o crescimento e desenvolvimento da institucionalização, fortalecimento, credibilidade da homeopatia como opção de tratamento”.	“O aluno deve saber conduzir um caso, atuando segundo o método Hahnemanniano, de maneira ética e humanizada, evidenciando sempre o digno de ser curado.” “O aluno deve fazer uma boa anamnese homeopática em, no máximo, uma hora. Nunca se esquecendo do exame físico [...] Saiba redigir [...] receita homeopática. Saiba orientar seu paciente sobre a medicação homeopática [...]. Observe seu paciente no retorno e consiga conduzir [...] Seja humano com seus pacientes.” “O ambulatório é ótimo para o acesso dos pacientes, e o nº consulta, bom para observar o progresso do aluno, no dia-dia.”	“Projeto pedagógico é muito adequado, essencial.” “Quanto aos medicamentos, acho o tempo de entrega e dispensação ótimos, mas ainda não tem espaço para farmácia. A matéria-prima é ótima. A manipulação dos medicamentos é bom para os alunos.” “A área física do anfiteatro é ótima, mas é ruim a do ambulatório.” “A qualidade do ensino é ótima pela proximidade aluno-professor, o que vem favorecer o dia-dia do ambulatório.”
Sujeito PF	“O fortalecimento, institucionalização da homeopatia como opção de tratamento são favorecidos com curso em Faculdade de Medicina.”	“O aluno deve aprender tratar os pacientes de maneira coerente, prescrevendo também com coerência.” “Tendo um certo conhecimento de outros cursos, tenho certeza de que a carga horária para ambulatório é bastante grande e adequada para uma boa formação. Os alunos têm oportunidade de acompanhar um bom número de consultas por período e assim progredir em seu conhecimento. Há a preocupação em ser local de fácil acesso ao paciente, assim como garantir acesso ao medicamento.”	“Não são poupados esforços, pela equipe, para que os pacientes recebam os medicamentos prontamente, e sem custo [...] são da melhor matéria prima disponível. A manipulação, por lei, deveria ser feita em farmácia e por farmacêutico (ou, ao menos, sob sua supervisão).” “Não tenho acompanhado os ambulatórios e o ideal seria uma solução oferecida pelo sistema oficial de saúde do município. A equipe tem feito o máximo possível para que tudo ocorra bem.”

Fonte: Galhardi, 2005.

Uma das metas por eles estabelecidas é o preparo do aluno para o atendimento no SUS: “atender durante uma hora um caso novo, [...] incluindo a escolha do medicamento. [...] Realizar o retorno em trinta minutos, conseguir lidar com as intercorrências [...] e de maneira ética e com atendimento humanizado” (P2); “tratar pacientes de maneira coerente, prescrevendo também com coerência” (PF).

Os professores e preceptores consideraram que a carga horária de prática ambulatorial, além de fundamental para a formação do especialista, permite a proximidade do professor com o aluno no dia-a-dia, o que facilita a relação ensino-aprendizagem: “a qualidade do ensino é ótima pela proximidade aluno-professor, que vem favorecer o dia-a-dia do ambulatório” (PE); “tendo certo conhecimento de outros cursos, tenho certeza de que a carga horária para ambulatório é bastante grande e adequada para uma boa formação [...] alunos têm oportunidade de acompanhar um bom número de consultas por período e assim progredir em seu conhecimento” (PF).

Salientaram, por fim, que apesar das precárias condições da estrutura física para o ensino, os alunos da primeira turma do Curso no SUS receberam boa formação, e estavam capacitados a prestar atendimento para o SUS, com qualidade e ética.

O CPGH-FMJ na percepção da congregação da FMJ

A congregação é composta por 28 membros: o diretor, professores adjuntos e titulares, um representante dos alunos da graduação e um representante da população (Quadro 4). Em uma reunião de agosto de 2005, foi entregue o questionário a 23 membros presentes e, desses, 15 devolveram o questionário respondido.

Compreende-se, pelas perspectivas e percepções relatadas, que os membros da congregação, exceto um (C12), tinham algum referencial positivo relacionado à homeopatia. Em geral, reconheceram a homeopatia como uma prática complementar à medicina convencional, que deve estar inserida na escola médica por se tratar de uma especialidade médica. Entretanto, enfatizaram que a permanência do curso, a inclusão de disciplinas homeopáticas na graduação e a integração com os demais departamentos da faculdade estão vinculadas a realizações de pesquisas científicas, para “ser vista como medicina complementar [...] e ser capaz de conviver com as demais especialidades” (C1); e “comprovar a sua cientificidade, por meio de pesquisas na instituição de ensino” (C8).

Os membros da congregação foram unânimes em indicar a inserção da homeopatia na graduação, como disciplina optativa ou de caráter experimental, embora tenham deixado claro o desconhecimento sobre a estrutura do curso e sobre a racionalidade médica homeopática. Acreditam na oportunidade de desenvolver a integração com os demais departamentos: “trata-se de especialidade médica em fase de reconhecimento científico, decorrente de sua fundamentação teórica em pesquisa e publicações reconhecidas” (C8); “importante que os novos conheçam a homeopatia como mais uma opção de especialidade, existe possibilidade da mesma fazer parte do currículo médico” (C1); “incorporação de disciplinas na graduação médica, creio que deva haver um período experimental” (C2); “façam pesquisas na área, no núcleo de pesquisa da FMJ” (C10); “deve ser devidamente apresentada suas metas e metodologias ao corpo docente e discente para melhor percepção da estrutura do curso” (C8).

Percepção dos profissionais administrativos do ambulatório de atenção secundária do SUS – Jundiá

Foram entrevistados dois auxiliares de arquivo, cinco auxiliares de recepção e informações, uma enfermeira e uma assistente social do ambulatório (Quadro 5). Os profissionais de saúde do SUS sempre tiveram acesso à racionalidade da medicina convencional e não tinham qualquer referência anterior à homeopatia. Um dos profissionais (R1) relatou que uma sobrinha faz tratamento e obteve uma melhora significativa em um tempo curto: “minha sobrinha que tem alergia terrível, trata aqui com a Dra. X e em quarenta dias está ótima”. O mesmo relatou que um médico, ao ouvir seu comentário sobre a sobrinha lançou um desafio: “se ela [a sobrinha] se curasse ele [o médico] promete que fará o curso de homeopatia” (R1).

Quadro 4. Diretor e Congregação da FMJ.

Sujeitos	Conhecimento e referencial sobre homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Sujeito D	<p>"Eu não conheço e nem conhecia a homeopatia. Não sei como funciona. Tive uma experiência pessoal e sei que não foi o antibiótico que curou. Acho que às vezes os homeopatas esperam demais, tive uma paciente com 40 anos e era sua primeira gravidez; a criança nasceu, estava bem, tratava com homeopatia, até que teve uma otite, acabou supurando e acho que o homeopata esperou muito: a criança foi a óbito com meningite. Esta mulher ficou sem nenhum filho. Eu soube do pioneirismo da homeopatia em faculdade de medicina quando o pessoal do curso veio e me falou."</p>	<p>"Eu fui favorável à implantação do curso, esta faculdade é tradicional, a congregação também. Eu acho que é mais uma opção para os novos. Todo gestor pensa na questão financeira. Fiquei muito mais feliz com esta palavra que você falou, complementar. É bom as duas práticas poderem conviver e serem complementares, isso é muito importante. Acho que a homeopatia se relaciona bem com a pediatria, reumatologia, dermatologia e doenças respiratórias. Os cirurgiões não aceitam muito. Ainda não temos a homeopatia na graduação, não faz parte do currículo, mas existe a possibilidade. É importante que os alunos conheçam e possam saber como é e que existe, tenham noção, da mesma forma que têm das outras especialidades médicas. Assim eles podem escolher. Eu considero a homeopatia uma especialidade médica." "Fui favorável ao CPGH-FMJ pelo crescente interesse nesta especialidade".</p>	<p>"Do curso eu só conheço o projeto, aquele que li quando fizemos o convênio. Tenho poucas notícias do curso. Acho que um curso para médicos deve ter muita prática, eu gostei de ver a carga horária da prática, é grande. Só com a prática se evolui e se aprende."</p>
Sujeitos Co(s)	<p>"Tenho colegas que atuam na especialidade." "Tenho, como referência, pacientes com problemas vasculares, sendo acompanhados conjuntamente." "Tenho conhecimento e sou favorável à homeopatia." "Conheci a homeopatia, pois há dez anos fui diretor da FMJ e naquela época já havia médicos interessados no assunto homeopatia." "Tenho como referência o conhecimento pessoal." "Conheço homeopatia quase desde que nasci, colegas médicos, parentes e amigos tratam com homeopatia."</p>	<p>"A relação da homeopatia e demais departamentos da faculdade é razoável". "Acredito ser importante incorporar a disciplina na graduação, já que homeopatia é uma especialidade médica". "Fui favorável à implantação do curso, novas formas ou adicionais nas disciplinas complementares da FMJ. E pelo pioneirismo do curso em escola médica." "A homeopatia vem somar conhecimentos ao conjunto de disciplinas do curso médico". "Vejo a relação da homeopatia com os demais departamentos da FMJ como uma integração necessária e importante." "Observo um aumento da frequência de pacientes para esta especialidade." "Desconheço a relação da homeopatia com os departamentos da faculdade, mas acredito que a cooperação será importante." "Por ser a homeopatia uma especialização, deverá ter espaço no contexto da graduação." "Acho que as relações com os demais departamentos da faculdade devam ser iniciadas." "O aluno da graduação em medicina necessita entrar em contato com toda forma de especialidade." "Fui desfavorável à implantação, porque não há racional científico que embasa a conduta, considerando a cultura médica atual baseada em evidências."</p>	<p>"Não tenho percepção quanto ao curso, mas parece que o ambulatório de homeopatia é muito procurado e conceituado." "Julgo boa a estrutura do curso e o ambulatório de homeopatia." "Tenho muito pouco conhecimento sobre o curso e o ambulatório de homeopatia." "Acredito que o curso está trazendo avanços muito importantes para a FMJ, todavia acredito que deveria se aproximar da graduação para que seus avanços possam ser refletidos no curso de Medicina." "Entendo que devam ser apresentadas suas metas e metodologias ao corpo docente e discente para melhor percepção da estrutura do curso." "Não conheço o fluxo, complexidade, demandas e resultados concretos do ambulatório de homeopatia."</p>

Fonte: Galhardi, 2005.

Quadro 5. Profissionais Administrativos do Ambulatório de Atenção Secundária (SUS) - Jundiá, SP.

Sujeitos	Conhecimento e referencial sobre homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Sujeitos A	"Não sei se é bom. Tem gente que gosta, tem muita gente que procura. Eu acho que é bom, a gente vê tanta farmácia."	"Mas eu preciso, tenho sinusite, meu marido e meu filho, então a homeopatia trata tudo isto! [precisava de consulta]."	"Se existisse um treinamento do pessoal administrativo com o pessoal da homeopatia haveria um melhor aproveitamento, o público vem com informação insuficiente, e o funcionário está despreparado, acha que sinto esta necessidade no meu trabalho."
Sujeitos RI	"Os pacientes de homeopatia são diferentes dos nossos, parece que são diferenciados." "Eu sou uma pessoa voltada para alopatia, nunca fiz e nem conheci alguém que tenha feito um tratamento com homeopatia." "Por que marca tão pouca consulta? Eu tenho sinusite e hipertensão e nunca havia tratado ou conhecia a homeopatia, acho que preciso marcar consulta, mas quanto tempo teria que esperar?"	"A procura é bastante grande. Eu tenho uma sobrinha que tem alergia terrível, trata aqui com a dra ... e em 40 dias está ótima, não tem mais coceira nenhuma, e um médico disse que se ela curasse ele promete que fará o curso de homeopatia. Um otorrino também disse isto." "O que a gente sente no balcão, se não fosse bom os pacientes não viriam, estamos com as agendas tomadas, tudo marcado, acredito que esteja atendendo às expectativas."	"Eu acho importante que sejam um ou dois pacientes marcados no dia, o paciente se sente especial, o remédio é só dele, o médico está ouvindo só ele neste dia. Ele se sente único."
Sujeitos EA	"Eu já ouvi gente falar, que foi para homeopatia porque é mais barata, outros porque já tentaram tudo, o desencanto da alopatia."	"Tem fila de espera porque as pessoas gostam, os pacientes estão aí." "Essa coisa do sentir-se especial é uma coisa. A impressão que dá é que escuta o paciente como um todo, a pessoa não é uma cabeça, um pé, né!" "Ele sai mais satisfeito, por isto a gente não vê tanta reclamação, como nas outras especialidades: do atendimento, da receita. Não reclamam da demora da marcação de consulta, eles até esperam mais, mas reclamam menos. Trabalho com pacientes com dor, estressados, parece que os pacientes da homeopatia são diferentes, são mais calmos. É mais humanizado!" "À medida que o tempo passou, e passou rápido, em um mês vimos que estes pacientes têm característica diferente, eles são mais pacientes, mais contentes porque saem com o medicamento nas mãos, eles não têm que comprar, eles têm confiança que aquela manipulação é feita só para ele, parece que ele é conhecido de maneira inteira."	"Existe uma contra corrente, fluxo contrário intenso, os médicos dizem que dão um jeitinho e não encaminham, é forte o contra fluxo!" "O lugar [área física-ambulatório] é horrível, não tem nem água. Mas fazemos o melhor." "Esta forma diferente da agenda dificultou nosso trabalho, o médico marca o retorno, a impressão que dá é que o médico homeopata trabalha pela equipe toda, isto dificulta!" "Em contato com pacientes nos andares, a gente fala que vai demorar para marcar a consulta e os pacientes falam [...]. - não, a gente espera o que for, sem problema!" "A primeira impressão é acúmulo de trabalho. E um ambulatório que marca consulta diferente, num tempo maior, os médicos [homeopatas] são metódicos." "Uma coisa é certa: a procura aumentou e precisa abrir mais vagas!"

Fonte: Galhardi, 2005.

Um dos profissionais relacionou a eficiência e a procura pela homeopatia, devido ao número de farmácias homeopáticas existentes. Outro, por acreditar no menor custo dos medicamentos: “eu acho que é bom, a gente vê tanta farmácia” (R2); “eu já vi gente falar que foi para homeopatia porque é mais barata” (R3). Um dos profissionais sugeriu que eles obtivessem capacitação, para responder aos questionamentos dos usuários sobre homeopatia. Eles identificaram que as informações aos usuários eram insuficientes e que dificultou um melhor aproveitamento “se existisse um treinamento do pessoal administrativo com o pessoal da homeopatia, [porque] o público vem com informação insuficiente e o funcionário está despreparado, acho que sinto esta necessidade no meu trabalho” (R4). Alguns entrevistados tomaram conhecimento, ainda, de que, para os médicos reumatologistas do ambulatório no mesmo prédio, a homeopatia já funcionava como medicina complementar, o que se confirmou com o relato: “os reumatologistas gostaram [da homeopatia] dizem que vão sugerir aos pacientes, já tem alguns pacientes juntos, que até diminuíram os medicamentos [alopáticos]”.

A atenção dispensada para paciente, a diferença na anamnese homeopática e a tranquilidade e satisfação do usuário na sala de espera foram fatos marcantes percebidos pelos profissionais. Eles salientaram a visão da “totalidade” e da individualização do medicamento: “o paciente não é um pé ou uma cabeça” (R2); “ele sabe que o medicamento é só dele” (R1). Apontaram, também, o atendimento como humanizado: “pacientes se sentem únicos” (R1); “parece que os pacientes da homeopatia são diferentes, são mais calmos. É mais humanizado!” (R2). Não deixaram, também, de relatar as dificuldades com as disponibilidades de salas, o agendamento das consultas e em entender que todos os homeopatas, exceto o pediatra, atenderiam clínica geral. Outra menção foi sobre a grande demanda do serviço, que resulta na espera por agendamento: “em contato com pacientes, a gente fala que vai demorar a marcar a consulta e os pacientes falam [...] - não a gente espera o que for, sem problema!” (R1); “Uma coisa é certa a procura aumentou e precisa abrir mais vagas!” (R2).

Um dos sujeitos (EA) deixou claro toda a dificuldade encontrada para a implantação da atenção em homeopatia no SUS, por se tratar de uma atividade diversa das inseridas no Sistema de Saúde Municipal: “é um ambulatório que marca consulta diferente, num tempo maior, os médicos são metódicos”; “esta forma diferente da agenda dificultou nosso trabalho, o médico marca o retorno, somente a consulta é agendada pela Unidade Básica de Saúde. A impressão que dá é que o médico trabalha pela equipe toda, isto dificulta”; “eu era responsável por arranjar as salas, me trouxe sérios problemas, esta maneira de encarar”.

Os profissionais perceberam os princípios da racionalidade médica homeopática com a convivência com os usuários, com os professores e com os alunos. Também compreenderam que a calma e paciência do usuário, quanto à espera por vaga na agenda, é uma consequência da boa relação médico-paciente. Os mesmos sujeitos reconheceram os benefícios que o tratamento proporciona e sentem necessidade de se informarem melhor para esclarecer as dúvidas diárias dos usuários.

O tratamento homeopático na rede pública na percepção dos usuários

Os pacientes analisados (Quadro 6) foram em número 44, subdivididos de acordo com a frequência em que apresentavam os sintomas no início do tratamento: diariamente (Diários, 2005, 2004), semanalmente (Semanais, 2005, 2004), mensalmente, e um período maior do que um mês (Mensais, 2005, 2004). O objetivo dessa classificação foi criar uma forma de perceber, na evolução do tratamento homeopático, a possível redução das crises agudas em frequência, intensidade e duração.

Os primeiros usuários atendidos no ambulatório de homeopatia foram os funcionários públicos da própria Secretaria Municipal da Saúde e outras secretarias. Foram os primeiros a tomar conhecimento da existência do serviço e tinham facilidade de acesso. Foram eles, também, os principais responsáveis pela divulgação e encaminhamentos de outros pacientes. Assim, em geral, os usuários tiveram orientação de outros usuários e amigos, embora alguns tenham relatado que estavam procurando por um atendimento neste modelo já há algum tempo.

Quadro 6. Usuários do Ambulatório de Atenção Secundária (SUS) – Jundiá.

Grupo	Conhecimento e referencial sobre homeopatia	Homeopatia como novo paradigma de ensino e assistência no SUS	Estrutura geral do curso
Diários 2004/2005	<p>"Muito bom, porque eu tinha vontade de experimentar este tratamento, mas não tinha condições de fazer em consultório particular."</p> <p>"[Conheço] sim, porque tratamos nossos filhos há quatro anos e tem dado ótimo resultado, não têm tomado antibióticos."</p> <p>"[Foi encaminhada por] pessoas que já faziam tratamento homeopático [aqui], falaram da melhora [que tiveram] e indicaram o serviço."</p>	<p>"Muito boa, porque engloba a pessoa como um todo e não apenas o sintoma. A princípio estranhei o volume grande de perguntas e a longa duração."</p> <p>"Não via relação entre o meu problema de rinite crônica com as perguntas sobre os cheiros de suor, de menstruação ou chulé, por exemplo. Hoje compreendo a relação do físico com a questão emocional. Tenho uma melhora no estado geral."</p> <p>"No primeiro momento você acha que não irá dar certo, mas com o passar dos dias a melhora vem."</p> <p>"Nunca havia tido tal experiência, nenhum profissional vasculhou a fundo meu caso (acho que salvou minha vida!!)."</p> <p>"O que sinto hoje acho até normal, antes tinha crises o dia todo e quase diariamente, agora não. Achei ótima a consulta de homeopatia, é ótimo poder tratar no serviço público."</p> <p>"Hoje percebo que tenho mais disposição, ficava muito tempo parada na cama, antes tinha dores pelo corpo. Minha pressão era alta e tinha muitas vezes ondas de calor, agora me sinto melhor, minha pressão está normal e tenho calor com pouca frequência."</p>	[Não houve relato sobre a estrutura do curso]
Semanais 2004/2005	<p>"Achei maravilhoso ter esse atendimento, já fazia algum tempo que procurava a homeopatia."</p> <p>"Não conhecia, vim porque uma amiga falou."</p>	<p>"Melhora no desempenho das tarefas diárias, com maior serenidade, calma e capacidade, depois do início do tratamento."</p> <p>"Gostei muito, e por isso estou continuando. Achei ótimo ter no serviço público, pois não estou em condições de custear o tratamento."</p> <p>"Melhorou muito a vida da minha filha."</p> <p>"Antes do tratamento não conseguia fazer o almoço com calma, toda hora tinha que limpar o nariz e lavar as mãos. Agora estou há dois meses sem crises de rinite. Durmo melhor, controlo melhor meu nervosismo e não tenho dores nas juntas. A consulta é ótima, ajudou resolver problemas psicológicos."</p> <p>"Estou melhor, antes sempre tinha dor, eram constantes, a consulta é ótima. É excelente ter homeopatia no serviço público, falo para as pessoas que trata o corpo todo."</p> <p>"Tenho muita preocupação, era muito pior antes do remédio, fatores externos estão influenciando ainda. A consulta é ótima, sei que a doença vai desaparecer, pois o método é natural e eficaz."</p>	<p>"Magnífico, um atendimento de primeira, com acesso gratuito."</p> <p>"Acho muito bom ter aqui este atendimento, mas [o atendimento] da equipe da Faculdade de Medicina."</p>
Mensais 2004/2005	<p>"Ótimo! Sempre procurei esse tratamento, considero que não apresenta efeitos colaterais e traz bons resultados."</p> <p>"Já tinha ouvido falar da homeopatia, por isto procurei o serviço."</p>	<p>"A princípio eu achei que uma gota seria muito fraco e que não resolveria o meu caso rapidamente e, por duas vezes, tomei mais remédio e senti na "pele" as conseqüências, o remédio funciona e funciona muito bem, eu me conscientizei que será um prazo mais longo e não tão rápido como eu "queria."</p> <p>"Neste ano passei mal só duas vezes, trabalho sob muita pressão, acúmulo de tarefas... a situação é a mesma, mas antes sofria mais com stress. Gostei da consulta, todos os aspectos de minha vida foram avaliados. Minha alergia está controlada e tenho menos enxaquecas. Ainda, o remédio não tem outros efeitos que me fazem mal!"</p>	<p>"Até achei estranho no começo, pois alguns [médicos] nem olham direito pra gente, e eles [médicos homeopatas] dão muita atenção pra gente."</p> <p>"Uma opção muito valiosa poder fazer este tratamento gratuito."</p>

Fonte: Galhardi, 2005.

Os pacientes perceberam a diferença da consulta médica homeopática, sobretudo, pelo tipo de perguntas, o nível de detalhamento e a visão da totalidade. É possível evidenciar suas percepções nas afirmações: “muito boa, porque engloba a pessoa como um todo e não apenas o sintoma” (Diários, 2004); “achei a consulta homeopática melhor, o fato de já ter sido medicado antes e não ter resolvido nada. Agora melhorou” (Mensais, 2004); “nunca havia tido tal experiência, nenhum profissional vasculhou a fundo meu caso, acho que salvou minha vida! (Diários, 2004)”; “a consulta de homeopatia é muito boa, melhor que as consultas convencionais” (Mensais, 2004). Uma usuária atribui, ao nível de detalhamento da consulta homeopática, o seu autoconhecimento: “foi um levantamento de dados para um autoconhecimento e conhecimento global dos problemas que me afetam” (Diários, 2004). Os usuários, também, ressaltaram o interesse dos profissionais na resolução de seus problemas, comparando com a atenção recebida de outros profissionais: “os médicos dão atenção para os pacientes” (Diários, 2004); “até achei estranho no começo, pois alguns nem olham direito pra gente, e eles dão muita atenção pra gente” (Mensais, 2004); “gostei da consulta porque as pessoas [médicos] são interessadas, de muita responsabilidade e capacidade” (Diários, 2005).

Os resultados obtidos com tratamento homeopático foram relatados com satisfação, pois as melhoras permitiam exercer suas atividades diárias sem interferência da doença: “posso fazer almoço sem ter que limpar o nariz e lavar as mãos” (Semanais, 2005); “não me preocupo mais com o cheiro dos produtos de limpeza” (Diários, 2005); “antes ficava parada muito tempo na cama” (Diários, 2005); “melhora no desempenho das tarefas diárias, com maior serenidade, calma e capacidade, depois do início do tratamento” (Semanais, 2004).

Destacam-se os relatos sobre a diminuição da duração e frequência das crises e a não utilização de antibióticos e outros medicamentos, mesmo quando preservadas as condições adversas do meio: “neste ano passei mal só duas vezes, trabalho sob muita pressão, acúmulo de tarefas, a situação é a mesma, mas antes sofria mais com o stress” (Mensais, 2005); “estou me sentindo melhor [...] ainda sou nervosa, mas não uso lexotan” (Semanais, 2005); “O remédio é só uma gota por dia, parece que não faz diferença, mas depois se vê que melhorou, estão me ajudando a parar com os antibióticos” (Diários, 2005).

Além da assistência no SUS, as consultas também têm objetivos didáticos, o que exige a presença de três ou quatro alunos, além do preceptor. Observou-se que isto não foi um fator inibidor, pelo contrário, pois, como afirmou um usuário: “ter uma junta médica para atender é ótimo” (Diários, 2004). Salientaram a importância da gratuidade do atendimento e dos medicamentos, pois não teriam condições financeiras para arcar com um tratamento particular. Este tipo de atendimento praticamente inexistia nos convênios e planos de saúde, restringindo-se, então, aos serviços de profissionais liberais em consultórios próprios: “tratar com homeopatia no SUS [...] ótimo, excelente [...] o atendimento é da melhor qualidade e de graça” (Diários, 2005); “ser gratuito e receber os medicamentos é muito bom”; “acho ótimo, pois o gasto é nada e a saúde ótima” (Diários, 2004); “espero que não tirem este serviço, pois conheço muitas pessoas que estão muito bem após este tratamento, me incluindo junto” (Diários, 2004).

Com base no discurso dos usuários, pode-se afirmar que a evolução do tratamento homeopático diminuiu as crises agudas em frequência, intensidade e duração, promovendo melhora significativa da doença e qualidade de vida, diminuição da demanda por outros serviços médicos, diminuição do uso de medicamentos alopáticos e, conseqüentemente, dos gastos com saúde.

Discussão

O tema desta pesquisa foi o ensino da homeopatia e o problema a análise de um curso específico de pós-graduação na racionalidade homeopática, em uma instituição de ensino superior e orientado para o SUS. O projeto foi estruturado como um estudo de caso e mais de cinquenta diferentes sujeitos, com diferentes graus de envolvimento com o curso, responderam a diferentes instrumentos de coleta de dados. A maior parte dos dados foi tratada de forma qualitativa; e a discussão que se propõe, com base nos resultados apresentados anteriormente, procura responder por que a formação em homeopatia com orientação para o sistema público de saúde brasileiro é importante. Para isso, torna-se fundamental apresentar o quadro teórico-conceitual que orientou o trabalho.

As questões levantadas neste projeto foram identificadas dentro do chamado campo da saúde, que

delimita um espaço social, no qual é possível visualizar significativo aumento dos debates sobre as chamadas medicinas alternativas e complementares. Observa-se que, ao longo dos anos de 1960 e 1970, as discussões sobre práticas alternativas faziam oposição e pretendiam excluir as alopáticas. No entanto, acontece uma ruptura na lógica deste discurso e, a partir da década de 1980, desenvolve-se o conceito de medicinas complementares, com uma perspectiva incluyente entre diferentes racionalidades médicas; enquanto, no fim da década de 1990, introduz-se o conceito de medicina integrativa, cuja proposta é produzir um paradigma que integre a diferença no campo da saúde (Barros, 2000).

A noção de campo foi desenvolvida por Bourdieu (apud Barros, 2000), no sentido de delimitar a arena específica de disputas entre sujeitos, coletivos ou individuais, por capitais que conformam políticas, serviços e práticas de cuidado-cura. Assim, nas palavras do autor, o campo:

é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial, [...] O que está em jogo é o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado. (Bourdieu apud Barros, 2000, p.122-3)

A homeopatia, no contexto do campo da saúde, é, portanto, apenas um dos agentes, com questões para serem analisadas no âmbito interprofissional, nas disputas que estabelece com outras racionalidades médicas, especialmente a biomédica, e interface com as questões econômicas, políticas e técnicas da saúde; e, também, no âmbito intraprofissional, em relação às perspectivas desenvolvidas pelos diferentes grupos e tendências que praticam homeopatia. Em outras palavras, pode-se sintetizar tomando as palavras de Rosenbaum (2006), quando afirma que “a homeopatia não é contra a biomedicina, é um modo diferente de conhecer o corpo. Ela dialoga com a medicina porque o paciente precisa manter os tratamentos de todos os lados. Qualquer tipo de benefício, sobretudo em enfermidades graves, é bem-vindo”.

Nesta discussão propõe-se aprofundar os seguintes elementos da homeopatia no campo da saúde: primeiro, que se trata de um agente não hegemônico interprofissional, ou seja, está entre os dominados do campo da saúde; segundo, não há homogeneidade intraprofissional, o que faz com que não haja um único projeto homeopático no campo da saúde; terceiro, ainda representa uma perspectiva “alternativa”, que garante aos profissionais médicos uma rota de fuga de estruturas asfíxias do campo da saúde; quarto, é grande a desinformação sobre os princípios dessa racionalidade pelos profissionais da saúde, ampliando os espaços que permitem a reprodução de preconceções e preconceitos; e quinto, o contato com a racionalidade homeopática provoca mudanças nos valores culturais e sociais das pessoas.

Em relação à homeopatia não ter poder hegemônico, estando entre os agentes dominados do campo da saúde, discute-se a questão econômica observada nas entrevistas com os diferentes sujeitos da pesquisa. Em nenhum momento se fez menção à questão financeira relacionada ao uso da homeopatia, embora, em vários relatos, tenha ficado evidente a menor utilização de medicamentos alopáticos, bem como a melhora das doenças crônicas e diminuição das crises agudas. Isto conduz a uma interpretação de que quanto maior o número de pacientes em homeopatia, comparativamente aos dos demais tratamentos, haverá uma redução significativa da “máquina” da saúde, com conseqüente redução dos custos. Galvão (1999) considera que o número menor de pacientes atendidos no serviço de homeopatia (em relação à clínica médica e à pediatria), que a princípio pode significar um custo maior do serviço, deve ser cotejado com a diminuição de consultas que geram exames complementares e encaminhamentos, e com os custos mais baixos do medicamento homeopático, aspectos que apontam para a diminuição do custo total do tratamento. Todavia, a necessidade de investimento na contratação de recursos humanos e na compra de medicamentos ainda não está na agenda de nenhum dos agentes do campo da saúde, mostrando a clara opção pelo investimento no modelo dominante da biomedicina.

Há um sinal de possível mudança de posição da homeopatia no campo da saúde com a publicação da PNPIC, uma vez que ela prevê a “garantia de financiamento” capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades

técnicas, tais como: o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia - Repertório Homeopático e Matéria Médica Homeopática em forma impressa e em software; o acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de implantação e/ou adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (inclusão da homeopatia na Política de Assistência Farmacêutica, nas três esferas de atenção); o estímulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais, projetos e programas de formação e educação permanente – que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, em pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, a adequação da estruturação física dos serviços, o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal (Fundo Nacional de Saúde) e aos estados e municípios, também cabe, o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática, e na divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Em relação à não homogeneidade do projeto homeopático no campo da saúde, discutem-se as diferentes perspectivas trazidas por esta racionalidade para diferentes sujeitos; foi possível identificar, nesse trabalho, por exemplo, que os alunos do CPGH-FMJ buscavam ampliação do conhecimento sobre os métodos terapêuticos, enquanto os pacientes buscavam uma maneira de solucionar seus males, na maioria doenças crônicas, ou aquelas para as quais não existem explicações na biomedicina. No entanto, todos se depararam com uma racionalidade médica que, embora tenha a mesma cosmologia da biomédica, difere em relação à doutrina médica - aprofundando uma noção pouco desenvolvida pela biomedicina, que é a de energia vital - e ao sistema terapêutico, que busca, no limite, identificar, para cada paciente, seu medicamento semelhante em energia de produção de doença e saúde.

Desta interação, conclui-se que houve uma transformação nos alunos: naquilo que a relação doente-doença lhes representava, pois passaram a valorizar a necessidade do resgate da integralidade do doente, que coloca o indivíduo no centro da atenção, algo que havia sido perdido na atuação mecanicista da biomedicina; naquilo que a relação médico-paciente exigia, pois com a Metodologia Homeopática Hahnemanniana, fortaleceu-se e promoveu-se a humanização na relação, graças à visualização das dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais de cada doente.

Sumariamente, sobre as expectativas e percepções dos alunos, é possível afirmar que há um alto grau de satisfação, com reconhecimento de suas trajetórias evolutivas dos princípios da racionalidade médica homeopática, do aprendizado prático, da sedimentação dos conceitos e da constatação dos resultados dos tratamentos aplicados. Identifica-se que essas positivities do Curso mostraram-se de fundamental importância para os aspectos motivacional e da autoconfiança dos alunos, com desdobramentos no estímulo para quererem atuar como homeopatas, e na criação de uma atmosfera de confiança para tratarem dos doentes.

É importante lembrar o estudo de Salles (2001), que aponta que, dentre as principais deficiências percebidas durante a formação do especialista, está a falta da prática supervisionada por homeopatas experientes, com aptidão e capacitação para o ensino. Pelo que se verificou neste estudo, esta prática é bastante enriquecedora para os alunos do CPGH-FMJ.

Isto remete a uma discussão mais ampla sobre: Qual o melhor modelo de serviço homeopático? Como contemplar o tratamento de doenças agudas e crônicas? Como deveria estar inserida a retaguarda medicamentosa? Neste estudo não foram aprofundadas tais questões, mas identifica-se que os alunos do CPGH-FMJ compreenderam que estar inserido num serviço exige as seguintes ações: atuar de maneira ética, realizar os diagnósticos clínicos, complementar com exames laboratoriais quando necessário, realizar o diagnóstico medicamentoso, ter claro o prognóstico do paciente, e ter cautela ao suprimir um medicamento alopático. Certamente, na medida em que tiveram essa compreensão, também, passaram a trabalhar cuidando do crédito da racionalidade médica homeopática, com o fim de integrá-la nos diferentes serviços do SUS.

Os alunos demonstraram que perceberam as diferenças das racionalidades médicas, assim como foi relatada por Luz (2000): na medicina convencional o peso dos sintomas subjetivos e individuais é pouco valorizado para o diagnóstico, enquanto este está centrado nos procedimentos tecnológicos. Por outro lado, na medicina homeopática, os sintomas apresentados pelo paciente expressam o diagnóstico, pois permitem diagnosticar uma desarmonia nos sujeitos singulares.

Na percepção dos membros da congregação, existe a necessidade de comprovação científica dos benefícios proporcionados pela medicina homeopática. Só então ela poderá ser legitimada perante a comunidade médico-acadêmica. No entanto, a pesquisa científica também se encontra alicerçada pela PNPIC, que solicita a inclusão dessas práticas nas linhas de pesquisas do SUS, apoiadas pela parceria das entidades formadoras, associações e universidades e, para as quais, deverão ser designados recursos financeiros.

O processo de institucionalização da homeopatia no Brasil, embora tenha encontrado muitos entraves e contratempos, vem ocorrendo, a passos lentos, de forma a integrá-la ao conjunto das instituições e das práticas médicas desenvolvidas no país. Contudo, como lembra Galvão (1999), vale ressaltar que, em geral, as instituições ligadas à reprodução do saber biomédico, como as faculdades de medicina ou os hospitais, são as que mais se opõem à inserção de medicinas alternativas em espaços institucionais.

A publicação da portaria veio legitimar a racionalidade médica "vitalista", e, por outro lado, relativizar o paradigma mecanicista da medicina convencional. Nesse caso, a corporação médica passa a aceitar a inclusão de outras racionalidades "estranhas" à medicina ocidental, ao mesmo tempo em que reivindica o monopólio do exercício profissional (Queiroz, 2006).

Nas percepções dos profissionais administrativos, evidenciam-se as concordâncias com a PNPIC quando da necessidade de investir na educação popular, e também no que se refere às dificuldades na implantação, onde se identificam a insuficiência de recursos, o modelo SUS centrado na doença e a inexistência de políticas públicas locais para tal.

Ao se socializarem informações a grupos populacionais, possibilita-se o conhecimento, escolhas, avaliações e fortalecimentos. Assim, explicar os princípios da homeopatia pode significar a legitimação de sua prática. A PNPIC, por sua vez, aponta as medidas a serem adotadas para gerar tais informações, são elas: incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS; produzir materiais de divulgação destinados à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral; apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais; identificar, articular e apoiar experiências de educação popular - informação e comunicação em homeopatia; prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Com base na percepção dos usuários, pode-se afirmar que a evolução do tratamento homeopático diminuiu as crises agudas em frequência, intensidade e duração, promovendo melhora significativa da doença e da qualidade de vida, a diminuição da demanda por outros serviços médicos, a diminuição do uso de medicamentos alopáticos e, conseqüentemente, a diminuição dos gastos com saúde. Além disso, conhecer o que o usuário do serviço de saúde pensa, valoriza e necessita, já é "meio caminho andado" para se implementarem mudanças em prol de um serviço público que atenda a demanda da população (Campello, 2001).

Moreira Neto (1999) também constatou, em seu estudo, um elevado grau de satisfação dos usuários, relacionado com a confiança no serviço, a boa relação médico-paciente e melhora na qualidade de vida das pessoas, por proporcionar melhorias na saúde. E também caracterizou a homeopatia como uma terapêutica de baixo custo e qualitativamente apreciada pelos usuários do SUS.

Esta percepção também foi identificada no trabalho de Campello (2001), o qual conclui que o paciente vivencia o acolhimento necessário para que possa falar sobre o que o atormenta, e encontra espaço para falar de si com alguém que ouve seu relato com atenção, que o estimula a recordar de como os transtornos se processaram, quais foram os fatores desencadeantes das reações e sentimentos em diferentes circunstâncias.

E, ainda, **a racionalidade médica homeopática representa uma perspectiva "alternativa", que garante aos profissionais médicos uma rota de fuga de estruturas asfixiantes do campo da saúde**, pois a satisfação e os benefícios por ela proporcionados foram rapidamente divulgados, entre os usuários SUS e os médicos especialistas do serviço, o que contribuiu para um grande aumento da demanda. Isto provavelmente influenciou nas perspectivas da equipe de especialistas do ambulatório e dos gestores locais do SUS, especialmente para o tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis,

das doenças respiratórias e alérgicas, dos transtornos psicossomáticos, da depressão, e a conseqüente diminuição do consumo de medicamentos. Assim, a repercussão deste atendimento/ensino na rede pública municipal de Jundiá vem fortalecer a idéia do desenvolvimento da homeopatia no SUS e na FMJ. Sustenta-se aqui, mais uma vez, nas diretrizes traçadas pela PNPIC - que tem como premissa o desenvolvimento da homeopatia em caráter multiprofissional para as categorias profissionais presentes no SUS e em consonância com o nível de atenção - ênfase na atenção básica: na unidade de atenção básica (prestar atendimento de acordo com a demanda espontânea ou referenciada); na unidade da Saúde da Família (SF), possuir um profissional homeopata como médico da Saúde da Família (a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia); apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada, em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares. A homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e estabelecer intercâmbio técnico-científico destinado ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática.

A percepção da **desinformação sobre os princípios desta racionalidade pelos profissionais da saúde e congregação da Faculdade de Medicina, ampliando os espaços que permitem a reprodução de preconceitos e preconceitos**, traz implicações importantes para a criação de uma cultura homeopática no SUS. Entretanto, o CPGH-FMJ é o primeiro curso vinculado a uma IES com prática de ensino no SUS de que se tem conhecimento no Brasil; e a importância do encontro da homeopatia com o ensino superior formal está na possibilidade de desenvolvimento de pesquisas científicas e na aproximação de diferentes racionalidades médicas, promovendo uma trégua na "guerra oculta" do campo da saúde.

É possível que, com essa experiência, estejamos iniciando uma nova fase na história da homeopatia no Brasil, além das relatadas por Luz (1996). Entre os problemas a serem aprofundados, está, por exemplo, o da implicação desse encontro para a graduação. Parte das questões da reforma curricular nos cursos médicos pede pela introdução de uma visão integral do indivíduo, orientada para o SUS, que são os núcleos duros da experiência investigada. Portanto, visualiza-se, além de disciplinas sobre homeopatia na grade curricular, também, a possibilidade de participação dos alunos da graduação nos ambulatórios de homeopatia, a eficácia na consolidação do aprendizado e no estímulo à pesquisa científica.

Em tempo: a formação e transmissão do conhecimento dos princípios da homeopatia encontram suporte na Portaria nº 971, quando vem, primeiro, promover o desenvolvimento de projetos e programas que assegurem a educação em homeopatia aos profissionais do SUS; e, segundo, a promoção da inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação *strictu e lato sensu* para profissionais da área de saúde, a promoção de discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação, e fomentar e apoiar, junto ao Ministério da Educação, projetos de residência em Homeopatia, com o envolvimento das Formadoras em Homeopatia, e, ainda, apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde.

Observa-se, na **percepção dos usuários e profissionais da saúde, que o contato com a racionalidade médica homeopática provoca mudanças nos valores culturais e sociais das pessoas**. Assim analisa Sólton (2000): a homeopatia como método terapêutico atua transformando a apropriação cultural das relações doente-doença, resgatando a identidade histórica do doente que se perdeu na atuação mecanicista da saúde.

A consulta de homeopatia por "si mesma" conduz o indivíduo à reflexão, ao resgate da subjetividade, do pensar, da valorização do "eu" no ambiente sociocultural, na natureza, na relação familiar e no trabalho. Nesse sentido, a medicina, promotora da saúde, concebe uma perspectiva holística e integradora.

Acrescenta-se, ainda, uma característica importante, que desponta na cultura moderna: a valorização da subjetividade, do sujeito enquanto construtor de seus relacionamentos pessoais, familiares e sua identidade pessoal; e, também, a descoberta de si, a preocupação com o autodesenvolvimento e a flexibilidade³, que fazem do indivíduo muito mais que um comunicador de sua cultura, pois ele pode colaborar para a construção de mundos (Queiroz, 2006).

Pode-se concluir que houve a perfeita adequação da racionalidade aos princípios do SUS, pois se cumpriu: a) a universalização – todo cidadão deve ter direito à saúde e ao acesso a qualquer tipo de serviço que necessitar; b) equidade – todo indivíduo deve ser igual perante o SUS e deve ser atendido

³ Reflexibilidade é tratada por Giddens, em 1991 e 1997 (apud Queiroz, 2006), como condição que permite ao indivíduo desenvolver uma consciência que pode separar e, como um espectador, presenciar a si mesmo envolvido no drama vida, em suas múltiplas dimensões.

em suas necessidades; c) integralidade - a saúde e as pessoas devem ser vistas como um todo – entretanto, isto não depende apenas de um profissional; d) controle social – o referendo do Conselho Municipal de Saúde.

Concorda-se com a argumentação de Galvão (1999) sobre a proximidade do modelo homeopático com a proposta de promoção da saúde, pois Hahnemann estabelece (na homeopatia) uma ligação entre a saúde individual e a causa mais provável da doença aguda, assim como os momentos mais significativos de toda a história clínica da doença crônica, a fim de descobrir sua causa fundamental, levando em consideração a constituição física do doente, seu caráter - com seu psiquismo e mente -, suas ocupações, seus hábitos e modo de vida, suas relações sociais e domésticas, sua idade, função sexual etc. Para ele, o médico é um conservador da saúde, se ele conhece os fatores que a perturbam, que provocam e sustentam a doença, e sabe afastá-los das pessoas sadias.

Atenta-se para a grande aproximação da homeopatia com a saúde pública, pois, ao mesmo tempo em que enfatiza o uso do medicamento na prevenção e cura das doenças, destaca o papel do médico como um agente de transformação social.

Conclui-se, por meio das reflexões deste estudo, que se alcançou a satisfação dos usuários, trabalhadores administrativos, alunos, preceptores e professores envolvidos com a experiência; e, também, compreende-se ser possível o ensino da racionalidade homeopática em instituições de ensino superior, com prática clínico-pedagógica orientada para o SUS.

Referências

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA. **Federadas cadastradas na AMHB**. 2004. Disponível em: <www.amhb.org.br>. Acesso em 30 mar. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís A. Reto e Augusto Pereira. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, N. F. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.119-127.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC**. Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.amhb.org.br>. Acesso em: 5 maio 2006.
- CAMPELLO, M.F. **A relação médico-paciente na Homeopatia: convergência de representações e práticas**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.
- COMUS. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Ata da 6ª reunião extraordinária**. Jundiaí, 2004.
- GALHARDI, W.M.P. **A formação do médico homeopata na Faculdade de Medicina de Jundiaí: uma prática de ensino no SUS**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.
- GALVÃO, G.G. **Outros modelos de atenção à saúde: a medicina homeopática na rede pública**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999.
- HAHNEMANN, C.F.S. **Exposição da doutrina Homeopática ou Organon da arte de curar**. Trad. **Grupo de Estudo Benoit Mure**. [6.ed. alemã]. 2.ed. São Paulo: Artes Gráficas Giramundo, 1984.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, H.S. O conselho de entidades formadoras de especialistas em Homeopatia, suas metas e perspectivas. **Rev. Homeopat. AMHB**, n.3, p.113-8, 1999.

LUZ, M.T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.181-200.

_____. **A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA NETO, G. **Homeopatia em Unidade Básica de Saúde (UBS): um espaço possível**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROSENBAUM, P. Homeopatia – medicina sob medida. **Entrevista - Jornal da USP** [online], 2006. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/progs/search.php>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

QUEIROZ, M.S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M.C. (Org.) **As duas faces da montanha estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.19-39.

SALLES, S.A.C. **Perfil do médico homeopata**. 2001. Tese (Mestrado) - Departamento de Práticas em Serviços de Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

SÓLON, L.R. Contradições sociais da Homeopatia: desafios para os homeopatas enquanto sujeitos históricos. **Rev. Homeopat.**, v.67, n.1-2 , p.47-54, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F. La enseñanza de la homeopatia y las practica en el servicio Unificado de Salud brasileño. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.247-66, abr./jun. 2008.

Este estudo enfoca la formación del médico homeopata con una las acciones desarrolladas para humanizar la práctica médica. En Brasil esta acción tuvo lugar fuera de las instituciones de enseñanza superior (IES) hasta 2003 en que se implantó el curso de especialización en homeopatía en la Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) del estado de São Paulo, con práctica pedagógica y atendimento a los usuarios de Salud Pública. El objeto del trabajo ha sido evaluarla formación del médico homeopata en la PMJ y las percepciones de usuarios, profesionales de salud, profesores y tutores del curso y congregación de la facultad, sobre la homeopatía y el curso. El estudio, de naturaleza cualitativa, ha utilizado entrevistas, técnica de grupo focal y cuestionarios. De los datos emergieron tres categorías analíticas: a) conocimiento del referencial en homeopatía; b) homeopatía como el nuevo paradigma de enseñanza y asistencia en salud pública; c) estructura general de curso. Se concluye la viabilidad de la enseñanza de homeopatía en IES con práctica pedagógica clínica orientada a la salud pública.

Palabras clave: Homeopatía. Integralid. Enseñanza. Asistencia. Sistema Único de Salud.

Recebido em 14/07/06. Aprovado em 09/12/07.

Ensino da homeopatia na graduação em farmácia:

concepções e práticas pedagógicas em instituições do estado do Rio de Janeiro

Anderson Domingues Corrêa¹
Sidnei Quezada Meireles Leite²

CORRÊA, A.D.; LEITE, S.Q.M. The teaching of homeopathy in pharmacy undergraduation: pedagogical conceptions and practices in institutions from the state of Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.267-80, abr./jun. 2008.

This work addresses the situation of homeopathy education carried out in the pharmacy faculties of the state of Rio de Janeiro, seeking to identify and analyze the political and pedagogical situation with regard to the curricular perspective of the education of the generalist pharmacists, in relation to the Brazilian Curricular Policies for the Pharmacy Undergraduation Courses. Legal aspects and the reports of teachers were addressed, showing that the homeopathy teaching in the State of Rio de Janeiro is offered by two public universities and 12 private institutions. While homeopathy teaching in public universities is an extracurricular discipline, the majority of the private institutions offers it as an obligatory one. Both in undergraduation as in specialization courses in homeopathy, the focus is the preparation of drugs, including a theoretical approach to the philosophy of homeopathy.

Keywords: Homeopathy. Pharmacy teaching. Pharmacy. Curriculum. Higher education.

Este trabalho aborda a situação do ensino de homeopatia nas faculdades de farmácia do estado do Rio de Janeiro, buscando identificar e analisar a situação político-pedagógica com relação à perspectiva curricular de formação do farmacêutico generalista, tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Discutem-se os aspectos legais da questão e as percepções dos professores a respeito. O ensino de homeopatia no estado do Rio de Janeiro é oferecido por duas universidades públicas e 12 instituições particulares, sendo que nas públicas a disciplina é optativa e nas particulares, em sua maioria, é obrigatória. Tanto na graduação quanto na especialização em homeopatia, o foco é o preparo de medicamentos, incluindo uma abordagem teórica da filosofia homeopática.

Palavras-chave: Homeopatia. Ensino de farmácia. Farmácia. Currículo. Educação superior.

¹Farmacêutico. Curso de Farmácia. Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis. Rua Lucio Tavares, 1045, Centro - Nilópolis, RJ 26.530-060 anderson@cefeteq.br

²Engenheiro Químico. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino de Ciências, Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis.

Introdução

A publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, e da resolução CNE/CES n.2, em 2002, que tratava das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, fez com que as instituições de ensino superior (IES) repensassem sua prática pedagógica, para adequar seus currículos à formação de farmacêuticos generalistas. Assim, as faculdades tiveram que definir as subáreas de conhecimento da farmácia que passariam a estar presentes nos currículos de graduação; entre elas, a farmácia homeopática.

Em 1996, o Ministério da Educação criou uma comissão de especialistas de ensino de farmácia para elaborar um estudo sobre a formação do farmacêutico e as demandas do mercado de trabalho. As discussões sobre as necessidades dessa formação resultaram na apresentação de propostas de inclusão dos conteúdos de homeopatia como disciplina obrigatória nos currículos de graduação em farmácia, durante a I Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, ocorrida em Brasília, no ano 2000 (De La Cruz, 2001).

A resolução n.440, publicada em 26 de outubro de 2005, deu nova redação à resolução n.335, de 1998, habilitando o farmacêutico que provasse efetivo exercício profissional de pelo menos um ano na área, em farmácia homeopática legalmente habilitada, à responsabilidade técnica sobre a farmácia que manipula medicamento homeopático, o que praticamente acabava com a capacitação formal para a habilitação em farmácia homeopática (Conselho Federal de Farmácia - CFF, 2005). Logo após a publicação dessa resolução, representantes da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH) compareceram a uma plenária para debater os pré-requisitos exigidos para a manipulação de medicamentos homeopáticos. Foi convocada uma reunião da ABFH com a Comissão de Farmácia do CFF, para discutir sugestões de mudança no texto. Assim, em 15 de maio de 2006, foi publicada uma retificação da resolução n.440, de 2005, que retirou a prova de um ano no exercício profissional na área para se habilitar o profissional e acrescentou os limites mínimos de carga horária: sessenta horas para a disciplina de homeopatia e duzentos e quarenta horas para o estágio (CFF, 2006).

Portanto, de acordo com a legislação em vigor, os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF) consideram habilitado a assumir a responsabilidade técnica de farmácia ou laboratório industrial homeopático o farmacêutico que comprovar uma das seguintes qualificações:

I ter cursado a disciplina de homeopatia com, no mínimo, sessenta horas, no curso de graduação de farmácia, complementada com estágio em manipulação e dispensação de medicamentos homeopáticos de, no mínimo, duzentas e quarenta horas, na própria IES, em farmácias que manipulem medicamentos homeopáticos ou em laboratórios industriais de medicamentos homeopáticos conveniados a instituições de ensino;

II possuir título de especialista ou curso de especialização em farmácia homeopática que atenda às resoluções pertinentes do CFF, em vigor.

III comprovar o exercício da responsabilidade técnica em estabelecimentos farmacêuticos que preparam medicamentos homeopáticos, tendo obtido a comprovação até a data da publicação da resolução n.319, de 30 de outubro de 1997.

Dessa forma, algumas faculdades de farmácia do estado do Rio de Janeiro reestruturaram a disciplina de homeopatia, inclusive em termos de carga horária, garantindo aos profissionais formados o direito, junto ao CRF, de exercer a responsabilidade técnica sobre farmácia ou laboratório industrial homeopático. Cabe citar que o alto número de instâncias e fóruns dentro da universidade que fazem parte dos trâmites legais para a aprovação dos documentos internos é um dos principais obstáculos à implantação dos projetos pedagógicos das faculdades de farmácia.

Dados da ABFH publicados em 2000 mostraram que cerca de 60% das faculdades de farmácia brasileiras ofereciam, então, disciplinas de homeopatia. Ainda segundo a ABFH, a carga horária dessas disciplinas variava de trinta a 144 horas, e cerca de 60% das IES públicas ofereciam as disciplinas de forma obrigatória (ABFH, 2000). A ABFH foi criada em 1990, e a homeopatia foi reconhecida como especialidade farmacêutica pelo CFF em 1992, por meio da resolução n.232/1992. Segundo Meirelles (1991), o ensino de farmacotécnica homeopática passou a ser obrigatório nas faculdades de farmácia do Brasil a partir de 1952, com a lei n.1.552. No entanto, essa legislação deixou de ser cumprida a partir de

1960. Cabe citar que, em 1966, durante o governo Castelo Branco, foram publicadas portarias com instruções de instalação e funcionamento de farmácias homeopáticas e industrialização de medicamentos e, em 1979, houve a criação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB).

A primeira farmácia homeopática do Brasil foi criada em 1843 pelo introdutor da homeopatia no país, o médico francês Benoit Jules Mure, com a denominação de Botica Homeopática Central (Galhardo, 1928). O reconhecimento oficial da homeopatia como especialidade médica só veio em 1980, com a resolução n.1000, do Conselho Federal de Medicina. Dessa forma, com esse reconhecimento, a especialidade deixou de ser tratada como "terapia alternativa" (Corrêa et al., 2006; Corrêa, Siqueira-Batista, Quintas, 1997).

A implementação da homeopatia na rede pública de saúde iniciou-se em 1985, com a celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB). Tal convênio teve como intuito institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde do país. Entre essa data e os dias atuais, foram realizados vários eventos e promulgadas várias legislações, até a publicação da portaria n.971 do Ministério da Saúde, de 3 de maio de 2006. Essa portaria aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, dentre as quais se encontra a homeopatia, no Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2006).

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, ampliou-se a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia, que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelaram que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em vinte unidades da federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas (Brasil, 2006).

Embora ocorra constante aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuíam farmácia pública de manipulação (Brasil, 2006).

Este trabalho, portanto, aborda a situação do ensino de homeopatia nas faculdades de farmácia do estado do Rio de Janeiro, buscando identificar e analisar a situação político-pedagógica com relação à perspectiva curricular de formação do farmacêutico generalista. Discutem-se os aspectos legais da questão e as percepções dos professores com relação ao ensino de homeopatia e suas possíveis articulações com o mercado de trabalho.

Percurso metodológico

Este trabalho refere-se a uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no período de 2004 a 2006, mediante análise documental, entrevistas com professores de homeopatia e coordenadores de curso de farmácia de IES do estado do Rio de Janeiro. Desenvolveu-se no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ensino de Biociências e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição.

A pesquisa consistiu no levantamento de aspectos da situação do ensino de homeopatia nas faculdades de farmácia do estado do Rio de Janeiro. Procedeu-se a uma análise das percepções docentes com uma perspectiva curricular, buscando identificar a situação político-pedagógica do ensino de homeopatia com relação à formação do farmacêutico generalista, tendo em vista as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (Conselho Nacional de Educação - CNE, 2002).

Participaram da pesquisa 14 IES, listadas no Quadro 1. Embora o Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis - RJ passasse a oferecer o curso de graduação em farmácia em 2008, só foram discutidos os dados coletados no período supracitado.

Quadro 1. Lista de Instituições de Ensino Superior que ministram cursos superiores de farmácia no estado do Rio de Janeiro e que fizeram parte do estudo da situação do ensino de homeopatia.

	IES	MUNICÍPIO
1	Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM	Rio de Janeiro
2	Centro Universitário Celso Lisboa - CEUCEL	Rio de Janeiro
3	Centro Universitário de Barra Mansa - UBM	Barra Mansa
4	Centro Universitário Plínio Leite - UNIPLI	Niterói
5	Faculdade Bezerra de Araújo - FABA	Rio de Janeiro
6	Faculdade de Medicina de Campos - FMC	Campos de Goytacazes
7	Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" - UNIGRANRIO	Duque de Caxias - São João de Meriti
8	Universidade Estácio de Sá - UNESA	Rio de Janeiro (2) e Campos de Goytacazes
9	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Rio de Janeiro
10	Universidade Federal Fluminense - UFF	Niterói
11	Universidade Gama Filho - UGF	Rio de Janeiro
12	Universidade Iguazu - UNIG	Itaperuna e Nova Iguaçu
13	Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO	Niterói e São Gonçalo
14	Universidade Severino Sombra - USS	Vassouras

Fonte: Censo de 2004 do ensino superior publicado pelo INEP/MEC.

Os sujeitos que fizeram parte do estudo da situação do ensino de homeopatia foram sete professores de homeopatia e dez coordenadores de graduação em farmácia das IES do estado do Rio de Janeiro.

A coleta de dados foi realizada por meio de análise de documentos oficiais das instituições, registros e observações feitas ao longo da pesquisa, uma extensa pesquisa bibliográfica em livros e documentos históricos, além de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os professores das disciplinas de homeopatia e coordenadores de alguns cursos de farmácia. Antes de cada entrevista, o depoente era informado de que aqueles dados fariam parte de um estudo de educação e de que sua participação era voluntária.

A análise dos dados foi realizada com base nas recomendações de Bardin (2004). As entrevistas foram transcritas, e os textos, tabulados e categorizados de acordo com os temas abordados, buscando-se identificar as idéias centrais seguindo a técnica de Lefèvre e Lefèvre (2000), a fim de se obter a análise do discurso com base nos trechos da fala. Vale lembrar que, em alguns momentos do texto, preferiu-se utilizar o relato fiel, porque entendemos que sua utilização, nesse caso, pode contribuir mais para as discussões. Para garantir a integridade dos sujeitos envolvidos, utilizou-se um código para as citações de suas falas em texto.

O ensino de homeopatia na graduação em farmácia

Segundo o Censo de 2004 do ensino superior, publicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (INEP/MEC), o número de cursos superiores de farmácia em funcionamento no Brasil era de 210, e o estado do Rio de Janeiro respondia por 9% desse total (Tabela 1). Entre os sete estados com o maior número de cursos de farmácia, o Rio de Janeiro possuía a menor concentração de cursos em relação a sua população: um curso para cada 809 mil habitantes.

Tabela 1. Número de cursos superiores de farmácia no Brasil, em função de alguns estados da federação.

ESTADO	NÚMERO DE CURSOS	%	POPULAÇÃO (MILHÕES)	Nº DE HABITANTES POR CURSO(MIL)
Espírito Santo	9	4,3	3,41	379
Minas Gerais	25	11,9	19,24	770
Paraná	22	10,5	10,26	466
Rio de Janeiro	19	9,0	15,38	809
Rio Grande do Sul	17	8,1	10,85	638
Santa Catarina	11	5,2	5,87	534
São Paulo	62	29,5	40,44	652

Fonte: Censo de 2004 do ensino superior publicado pelo INEP/MEC.

O estudo, realizado com base na análise das ementas das disciplinas de homeopatia, mostrou que as faculdades públicas de farmácia apresentam uma abordagem satisfatória do ensino de homeopatia, no que se refere à teoria e à prática. No entanto, não se tem clareza, no estado do Rio de Janeiro, sobre a condição do ensino de homeopatia nas instituições privadas, tendo em vista que seus cursos de graduação em farmácia se iniciaram há poucos anos, e muitos ainda não formaram suas primeiras turmas. De 2004 até 2006, muitas mudanças ocorreram na oferta da disciplina de homeopatia nas faculdades privadas, o que se deve sobretudo ao fato de as turmas atingirem o ciclo profissional do curso e as coordenações de cursos verificarem as lacunas inerentes à formação homeopática. No estado do Rio de Janeiro, 90% dos cursos de farmácia (18 cursos) são de instituições privadas (INEP, 2006). No primeiro semestre de 2008, teve início a graduação em farmácia de mais uma instituição pública, o Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis - RJ, já constando de sua matriz curricular a disciplina de homeopatia, com sessenta horas e caráter obrigatório.

Segundo Fernandes (2001), cerca da metade dos cursos superiores de farmácia do Brasil apresentavam em seu currículo, em 2001, a disciplina de farmacotécnica homeopática, na maioria dos casos com caráter optativo. Dez a 12% dos cursos a estavam implantando; 5% possuíam o conteúdo de homeopatia inserido no programa de outra disciplina; e 35% não ofereciam ensino de homeopatia. A carga horária ministrada era muito diversificada, oscilando entre cinquenta e cento e cinquenta horas. Os conteúdos também eram diversificados e apresentavam lacunas referentes a determinados temas - como filosofia homeopática, técnicas de manipulação, estrutura organizacional da farmácia homeopática e garantia de qualidade dos produtos homeopáticos.

No Rio de Janeiro, com outra realidade, quatro anos após a publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Farmácia, em 2002, a maioria dos cursos de farmácia, 80% (16 cursos), ofereciam a disciplina em caráter obrigatório; 15% (três) a ofereciam de maneira optativa; e 5% (um) não ofereciam a disciplina (Figura 1). É interessante observar que as instituições públicas somente oferecem essa disciplina em caráter optativo, enquanto 90% das privadas a oferecem inserida, em sua matriz curricular, de maneira obrigatória. A carga horária média da disciplina nos cursos é de oitenta horas, variando de quarenta a cento e oitenta horas.

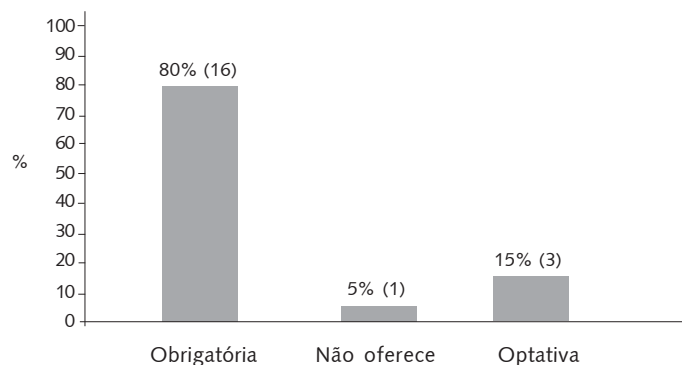


Figura 1. Características da disciplina de homeopatia oferecida nos cursos superiores de farmácia no estado do Rio de Janeiro.

O caso da Faculdade de Farmácia da UFRJ

Na Faculdade de Farmácia da UFRJ, o novo projeto pedagógico do curso, que possibilitará a formação do farmacêutico generalista, concluído por uma comissão, foi aprovado na congregação da Faculdade de Farmácia em 3 de junho de 2004, e a matriz curricular obteve aprovação em 15 de julho de 2004. A Câmara de Currículo do Conselho de Ensino de Graduação (CEG), reunida em 15 de maio de 2007, aprovou o projeto pedagógico do curso de farmácia, sendo essa a última etapa de tramitação do projeto antes de sua implementação. Havia a proposta de introdução da nova matriz curricular para o primeiro semestre de 2005; porém, sua implementação só foi efetivada no primeiro semestre de 2008. A carga horária total do novo curso será de 5.285 horas (252 créditos), realizadas em dez períodos letivos, sendo 4.185 horas de aulas e mil e cem horas de estágios. Criou-se a obrigatoriedade de o aluno cursar disciplinas optativas de escolha condicionada (quatrocentos e cinquenta horas, trinta créditos) e de livre escolha (dez créditos), totalizando seiscentas horas (quarenta créditos); dessa forma, contribuiu-se para a flexibilização curricular. A homeopatia, nessa nova matriz curricular, estará entre as optativas de escolha condicionada. O aluno, para integralizar o curso de farmácia, deverá cursar um mínimo de trinta créditos de disciplinas optativas disponíveis na grade curricular do curso, de um total de 144 créditos oferecidos.

Os conteúdos de homeopatia foram inseridos na disciplina de farmacotécnica, no início da década de 1990, graças à insistência da professora Marta Côrtes Duarte, que era homeopata e ministrava a disciplina de física industrial. A disciplina era oferecida como se tivesse caráter obrigatório, pois o professor A - naquela época, o responsável pela Farmacotécnica - cedia o horário do que se chamava estudo dirigido para que a disciplina de homeopatia tivesse duração de duas horas semanais, dentro da disciplina "Farmacotécnica II". Dessa forma, a homeopatia foi ministrada, durante mais de quatro anos, até o falecimento da professora Marta. O professor A, embora fosse um opositor da homeopatia, via-a também como uma grande área de atuação do farmacêutico, e acreditava ser obrigação da universidade formar o aluno nessa área. Passou, então, a convidar farmacêuticos para ministrarem essa disciplina. A disciplina passou a ser eletiva, e o farmacêutico homeopata B, que posteriormente coordenaria a especialização em Farmacotécnica Homeopática do Instituto Hahnemanniano do Brasil, ministrou essa disciplina como optativa durante três ou quatro anos, embora não fosse contratado como professor da instituição e nem remunerado. Além disso, tinha ainda que providenciar sala e retroprojetor. Em função das difíceis condições enfrentadas, o professor decidiu parar de ministrar a disciplina; outros farmacêuticos externos à instituição ministraram aulas do mesmo modo e, quando tal prática chegou a

um ponto insustentável, o professor C, da UFRJ, que sempre estudou homeopatia, decidiu assumir o ônus da disciplina, exigindo, apenas, alguém que o auxiliasse. Sugeriu o professor D, por lecionar farmacotécnica e por existir uma relação entre as duas farmacotécnicas, a homeopática e a alopática. O professor D relutou em assumir tal responsabilidade, mas acabou aceitando o desafio e foi fazer o curso de especialização do IHB, apaixonando-se pela homeopatia de tal forma que hoje está trabalhando com pesquisa nessa área. À época, a disciplina passou a ser ministrada de forma optativa. Nunca houve um concurso para professor de homeopatia, e os professores C e D dividem seu tempo com outras disciplinas e a chefia de departamento.

Até o ano de 2006, a disciplina de homeopatia era oferecida uma vez por ano, com carga horária de sessenta horas, na forma optativa, mas o aluno não tinha obrigação de cursar nenhum crédito de disciplinas optativas. Em média, havia 25 alunos por turma; porém, segundo o professor C, apenas "cerca de cinco alunos (20%) concluíam o estágio de duzentos e quarenta horas e retornavam para pedir declaração e serem habilitados junto ao CRF em farmácia homeopática".

O professor D acha "que uma disciplina de introdução à homeopatia deveria ser obrigatória; deveria valer a resolução de 1952, que diz que o curso de farmácia deveria ter em seu currículo noções de farmacotécnica homeopática". Na visão do professor, essa "é uma área de conhecimento do farmacêutico e, assim, o farmacêutico não pode passar pela graduação sem saber o que é homeopatia, até mesmo por uma questão de conhecimento geral". Afirma que não conseguiu colocar a disciplina como obrigatória "porque ainda existe muito preconceito dentro do meio científico com relação à homeopatia, embora a gente saiba que toda a história da homeopatia já tem uma solidez científica muito grande, aqui na UFRJ". O professor C concorda com esse ponto de vista e relata que "outros professores do curso chegam a debochar sobre a existência da homeopatia no departamento de medicamentos"; porém, acredita que é melhor que a disciplina seja optativa, pois entende que, dessa maneira, haverá alunos mais interessados.

As estratégias para motivar os alunos são: uma aula de homeopatia com duas horas de duração na disciplina "Programa de Orientação Acadêmica I: introdução às ciências farmacêuticas" e oferecimento anual de curso extracurricular, com seis horas de duração, ministrado nas Semanas de Farmácia, além da pesquisa na área de homeopatia, com o oferecimento de bolsas de iniciação científica aos alunos.

O caso da Faculdade de Farmácia da UFF

A partir da década de 1980, como não existia o ensino formal de homeopatia nas faculdades de farmácia, constituíam-se grupos de estudos de homeopatia nas universidades pelo Brasil afora. Na Faculdade de Farmácia da UFF não foi diferente: entre 1982 e 1984, no Grupo de Estudo Homeopático, os alunos realizavam reuniões para dividir leituras, e também convidavam profissionais para ministrarem palestras. Esse grupo organizou em Niterói o Encontro Nacional dos Estudantes Interessados em Homeopatia, e, a partir daí, conseguiu aprovar, no colegiado do curso, a entrada da disciplina farmacotécnica homeopática. Aprovou-se a disciplina, mas não se abriu o concurso para docente; então, a disciplina passou a existir na teoria, mas não na prática. O mesmo ocorreu em várias universidades brasileiras, algumas mais resistentes do que outras. No entanto, a UFF sempre esteve à frente desse movimento.

Em 1996, ocorreu o primeiro concurso para professor de farmacotécnica homeopática da UFF. Atualmente, o corpo docente dessa universidade para as disciplinas de homeopatia é composto por dois efetivos, concursados para as cadeiras de homeopatia, dois docentes substitutos com contrato temporário e mais uma professora da faculdade de medicina que ministra a disciplina de introdução à homeopatia. O professor E considera que hoje se conseguiu institucionalizar a homeopatia na UFF, ou seja, a homeopatia nessa instituição não está presa a pessoas.

A Faculdade de Farmácia da UFF possui três disciplinas de homeopatia, oferecidas semestralmente, todas optativas. A primeira é de introdução à homeopatia, com trinta horas, sem pré-requisito. O aluno pode se inscrever na disciplina desde o primeiro período. O coordenador, em certas ocasiões, necessita solicitar a ampliação do número de vagas, pois essa disciplina é ministrada pela faculdade de medicina. A segunda trata de farmacotécnica homeopática, com noventa horas, e tem como pré-requisito a farmacotécnica. Nessa disciplina, o aluno pode se inscrever a partir do sétimo período. Por fim, a

terceira aborda práticas de manipulação e dispensação de medicamentos homeopáticos (estágio), com 165 horas; nesta o aluno só pode se inscrever após ter concluído a disciplina de farmacotécnica homeopática. Esta terceira disciplina teve sua carga horária ampliada para duzentos e quarenta horas, a fim de se enquadrar na resolução n.440/2005 e possibilitar ao aluno assumir a responsabilidade técnica de estabelecimentos homeopáticos. O novo currículo terá a disciplina de introdução à farmácia, que abordará uma parte do conteúdo da introdução à homeopatia.

O professor F considera que o novo currículo já deveria ter sido implementado, apesar de acreditar que deva haver mais discussão. Tendo discutido a questão em diversos fóruns de coordenadores, atesta que todas as instituições federais têm passado pelo mesmo problema. "Enquanto as disciplinas forem um castelo todo-poderoso, cercado por muros intransponíveis, protegido por um feudo que é o departamento e através do corporativismo, mudanças mais profundas não irão acontecer", diz. Não se sabe quando será implementado o novo currículo - talvez em 2009, pois ele não entrou no edital do vestibular de 2008.

Para a coordenação, pelo menos a disciplina de introdução à homeopatia deveria ser obrigatória, pois, nesse caso, o aluno teria ao menos a noção do que é homeopatia. Os professores E e G acreditam que a informação sobre a filosofia homeopática é indispensável na formação de um farmacêutico com uma visão generalista, mas que uma disciplina mais aprofundada não deve ser obrigatória, pois, segundo o professor G, quando se pensa em uma disciplina obrigatória que todos têm de fazer, é difícil sensibilizar alguém que seja completamente avesso a ela. Segundo esse professor: "as informações básicas têm que ocorrer, e estarão privilegiadas na introdução à farmácia e em vários outros eventos que ocorrem na UFF em relação à homeopatia. Não é uma área que não tenha impacto no aluno de farmácia: na experiência que nós temos, as turmas da faculdade são de cinquenta alunos, nos chegam trinta para a primeira disciplina prática e, para a segunda disciplina, normalmente, nos chegam vinte a 25 alunos, pois nem todos querem viver essa etapa". Levando-se em consideração que a disciplina só pode ser cursada após o sexto período e que nessa etapa do curso muitos alunos já se evadiram da Faculdade, esse número pode ser considerado expressivo. Afirma o professor E: "Sou professor da disciplina como optativa há dez anos. Nesses dez anos, a disciplina evoluiu bastante; hoje em dia, nós temos um laboratório próprio, atendemos a população, e a minha experiência é a seguinte: em primeiro lugar a matéria é optativa, mas a maioria dos alunos, eu diria que mais de 90%, fazem questão de cursar a disciplina. As pessoas que cursam a disciplina o fazem porque têm interesse em homeopatia e não porque são obrigadas; então, eu vejo realmente com medo o fato de você torná-la obrigatória e um aluno com um perfil completamente distinto ser obrigado a fazê-la para ganhar nota, sem ter interesse pela disciplina, e com isso você acabar alterando o nível do curso".

A maioria dos alunos cursa as disciplinas de homeopatia; alguns, depois de formados, pedem reingresso para fazer a disciplina de prática (estágio). A UFF realiza muitos projetos de extensão. Além de vários projetos de pesquisa serem aplicados e de haver interação com a comunidade, muitas ações de homeopatia no município são abertas, e a comunidade as conhece. Niterói é uma grande cidade universitária em que a integração da comunidade com a universidade é muito efetiva. O curso de homeopatia é sustentado pela farmácia universitária, que gera recursos e na qual os alunos podem realizar as aulas práticas e o estágio.

O caso das faculdades de farmácia das IES privadas

O estudo evidenciou que as faculdades de farmácia das IES particulares estão praticamente enquadradas nas novas diretrizes curriculares, porque os seus cursos superiores de farmácia já se apresentam no modelo generalista.

Constatou-se que a maioria das faculdades oferece a disciplina de homeopatia de maneira obrigatória, em regime semestral. Por outro lado, na maior parte dessas faculdades, o estágio não é oferecido na própria instituição, mas as aulas práticas são ministradas em laboratórios multidisciplinares, e as faculdades não possuem Farmácia-Escola. Não existe pesquisa científica na área farmacêutica nessas instituições, e os alunos são sempre levados às visitas técnicas e estimulados a realizar trabalhos de extensão.

A introdução das disciplinas de homeopatia respondeu à necessidade que essas faculdades

identificaram no mercado de trabalho e na formação do farmacêutico homeopata. O curso de especialização existente era pago e durava dois anos, mas, como era possível obter habilitação junto ao CRF cursando uma disciplina na graduação e fazendo um estágio, a maioria dessas instituições optou por oferecer essa formação no próprio curso de graduação. Depois, em 2002, quando as novas diretrizes curriculares para os cursos de farmácia foram publicadas, as IES particulares entenderam que a farmácia homeopática, como área exclusiva do farmacêutico, deveria, obrigatoriamente, estar presente no novo currículo generalista. Isto tudo só pode ocorrer graças à maior flexibilidade que essas IES têm em adequarem seus currículos, e à preocupação em estarem em consonância com o mundo produtivo.

Perspectivas: ensino de homeopatia e mercado de trabalho

Os cursos de farmácia no estado do Rio de Janeiro tiveram um crescimento exacerbado a partir de 1999 (Figura 2). Em um período de cinco anos, foram implementados cerca de 80% dos cursos existentes no estado, todos em instituições privadas; a relação de cursos entre as instituições públicas e privadas teve uma queda de 50% para 10%. Atualmente, apenas 11,7% das vagas oferecidas nos cursos de farmácia do estado do Rio de Janeiro estão em instituições públicas, sendo seus cursos ministrados em horário integral; não se oferecendo vagas noturnas, impede-se o acesso dos indivíduos que precisam trabalhar. Além do mais, a meta do atual governo federal é que 30% das vagas oferecidas sejam oriundas de instituições públicas (Figura 3). Atualmente, há vinte cursos ministrados em 14 IES.

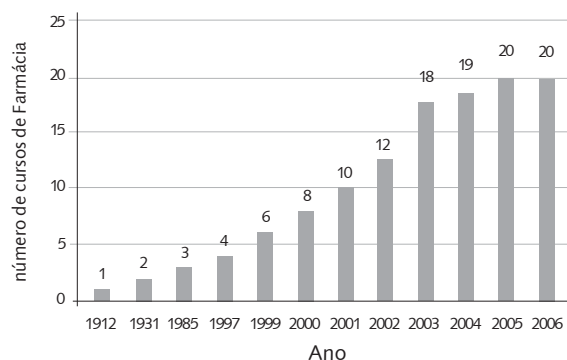


Figura 2. Evolução da abertura de cursos superiores de farmácia no estado do Rio de Janeiro (INEP, 2006).

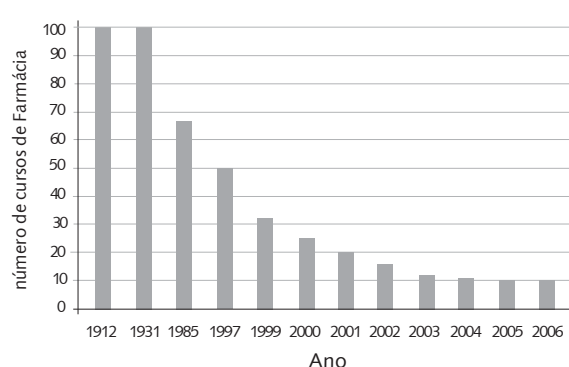


Figura 3. Relação entre o número de cursos oferecidos por instituições públicas e instituições privadas ao longo dos anos no estado do Rio de Janeiro.

A Figura 4 mostra a evolução do número de farmácias homeopáticas ao longo dos anos. Foi constatado um significativo aumento desse número no estado do Rio de Janeiro do ano 2000 ao ano 2005, atingindo, nesse último ano, cerca de duzentos estabelecimentos. Além disso, a curva ajustada aos pontos, de modelo exponencial, mostra a tendência de aumento do número de farmácias homeopáticas nos próximos anos.

Outro fato constatado foi que, a partir de 1980, com o reconhecimento oficial da homeopatia como especialidade médica, houve um aumento expressivo no número de farmácias homeopáticas no Rio de Janeiro, que permite considerar essa década como a de maior crescimento da homeopatia. Por outro lado, isso também pode estar relacionado com a abertura de mercado que o Brasil sofreu após o período de ditadura militar. No entanto, cabe citar que a existência da lei n. 1.552, de 8 de julho de 1952, propiciou a obrigatoriedade do ensino de farmacotécnica homeopática nas faculdades de farmácia do Brasil a partir dos anos de 1950. Ao contrário do que se esperava, não foi observado um aumento significativo do número de farmácias homeopáticas entre os anos 1950 e 1980.

As entrevistas realizadas com os professores de homeopatia indicaram que a maioria deles acredita que o mercado de trabalho do farmacêutico homeopata está em franca expansão, embora haja uma tendência à estabilização. Alguns professores lembraram que muitas farmácias com manipulação alopática começaram a manipular medicamentos homeopáticos, passando a contratar farmacêuticos homeopatas, porque o responsável técnico por esse setor deve possuir a habilitação em homeopatia e, sendo farmacêutico, também pode acumular a função de responsável pelas outras áreas alopáticas da farmácia.

As exigências das legislações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fizeram com que as farmácias homeopáticas tivessem que contratar farmacêuticos cada vez mais capacitados. Em função disso, há um maior número de vagas para profissionais qualificados.

Desde 1982, a questão do ensino de homeopatia vem sendo debatida, particularmente no que diz respeito à formação do médico (Tucunduva Neto, 1984; Oliveira, 1983, 1982; Linhares, 1982). Atualmente, com a reformulação do ensino em praticamente todas as faculdades de farmácia, por efeito das novas diretrizes curriculares elaboradas pelo CNE, o ensino de homeopatia voltou a ser o foco das atenções.

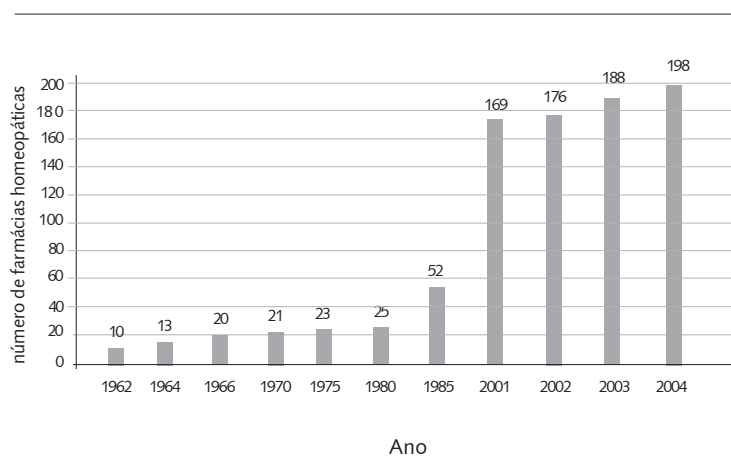


Figura 4. Evolução do número de farmácias homeopáticas ao longo dos anos no estado do Rio de Janeiro. Dados obtidos no CRF-RJ de 2005.

Miranda (2001) analisou a institucionalização da prática farmacêutica homeopática no SUS nas cidades de Niterói, Rio de Janeiro e Juiz de Fora. Dantas (2002) realizou um estudo com 51 estudantes de medicina presentes no XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica, com o objetivo de identificar as atitudes de estudantes interessados em ensino médico em relação a quatro práticas médicas heterodoxas, entre as quais a homeopatia. Trovo, Silva e Leão (2003) procederam à análise do

conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre terapias alternativas/complementares no ensino público e no privado. Teixeira, Lin e Martins (2005) pesquisaram as atitudes dos acadêmicos em relação ao ensino da homeopatia e da acupuntura na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nenhum desses estudos, no entanto, investigou o ensino da homeopatia em faculdades de farmácia.

Um fato interessante foi a publicação da portaria interministerial n.610, de 26 de março de 2002 (Brasil, 2002a), dos Ministérios da Saúde e da Educação, que instituiu o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, com o objetivo de estimular as faculdades de medicina do país a incorporarem mudanças pedagógicas significativas nos currículos de seus cursos. Essa medida fez com que tais instituições repensassem suas práticas pedagógicas e, em alguns casos, incorporassem o ensino de homeopatia.

O acesso a um mínimo conhecimento de todas as terapias é imprescindível para que profissionais da área da saúde possam saber das limitações de cada uma e escolher o método mais indicado para cada caso específico. Segundo Freire (2001, p.111), "é indispensável que o universitário brasileiro de hoje estude não só teoria, mas também realize observação direta de nossa realidade política e econômica".

O farmacêutico homeopata pode ser visto como um profissional ligado ao ensino, pois, além de produzir medicamentos de qualidade, presta necessariamente assistência ao usuário da homeopatia, que vai à farmácia com muitas dúvidas em relação ao medicamento e, principalmente, à terapêutica. Para o paciente, tudo é novo, e cumpre ao farmacêutico homeopata explicar e acompanhar o tratamento. É ele quem ministra treinamento aos funcionários da farmácia, bem como profere palestras ou explica individualmente o que é homeopatia para o público de pacientes que se submete a esse tratamento (Olney, 2001).

O momento atual é particularmente oportuno para propor um sistema de incentivos às instituições acadêmicas dispostas a adequar a formação profissional que oferecem às necessidades do SUS. Nessa primeira etapa, a proposta dirige-se às escolas médicas, por ser nessa categoria profissional que se apresentam os maiores problemas de formação, com forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica à saúde (Brasil, 2002b). O momento é oportuno para a introdução de disciplinas de homeopatia, pois o SUS já conta com os serviços de clínica e farmácia homeopáticas com forte tendência a se consolidarem, tendo em vista que, em 2004, o Ministério da Saúde organizou, em Brasília, o "1º Fórum Nacional de Homeopatia: a homeopatia que queremos implantar no SUS".

A AMHB elaborou um projeto para a implantação de disciplinas eletivas nas escolas de medicina do Brasil, sugerindo as diretrizes básicas e a grade curricular para um curso com carga horária mínima de 45 horas-aula (Teixeira, Lins, Martins, 2004).

As discussões travadas neste item demonstraram que há um aumento do número de estabelecimentos homeopáticos nos últimos anos, inclusive com aumento do percentual de farmácias com manipulação que produzem medicamentos homeopáticos. Esse percentual, hoje, é de cerca de 50%, sobretudo em função das novas restrições que esse segmento sofreu com relação à legislação sanitária. Assim, o mercado de trabalho para o farmacêutico homeopata deve continuar em crescimento por alguns anos. Por outro lado, acredita-se que os cursos de farmácia tendam a se estabilizar.

Com relação à disciplina de homeopatia, crê-se que deva fazer parte dos currículos de farmácia na forma obrigatória, pois assim o farmacêutico teria o perfil mais próximo do preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, segundo as quais o farmacêutico com formação generalista deve estar capacitado a atuar com todos os tipos de medicamentos. Além disso, há a oportunidade de esse profissional adquirir uma cultura mais ampla dentro de sua área profissional, permitindo-se assim que ele, mesmo sem ser homeopata, faça orientações ao paciente que utiliza duas terapias (homeopática e alopática).

Considerações finais

A conquista de espaços políticos e curriculares para áreas novas como a homeopatia significa o enfraquecimento de outras áreas, pois vagas para concurso de docentes e recursos, que são escassos,

terão de ser destinados também à homeopatia. Enquanto isso, áreas que detêm o poder, apesar de apresentarem menor inserção no contexto atual do ensino e no mercado de trabalho, acabam sendo privilegiadas (Lopes, 2004).

[...] algumas pesquisas assumem a separação entre educação, política e poder. Acreditamos que no coração da pesquisa internacional de educação comparada, educação se cruza com poder. [...] as demandas do poder moldam as práticas do conhecimento. (Marginson, Mollis, 2001, p.581)

O estudo revelou que as modificações ocorridas nos currículos das graduações em farmácia, incluindo o ensino de homeopatia, sempre foram movidas por força de lei, baseadas em ações políticas desenvolvidas nos fóruns nacionais e regionais de classe. O ensino de homeopatia no estado do Rio de Janeiro era realizado até 2006 de forma optativa por duas faculdades de farmácia públicas (UFRJ e UFF). A maioria das faculdades particulares oferece esse ensino na forma obrigatória.

Evidenciou-se que a Faculdade de Farmácia da UFRJ manteve, por muitos anos, o mesmo currículo pedagógico da graduação em farmácia. No entanto, em 2004, por força da lei e pelos movimentos políticos internos, ela implementou um novo projeto pedagógico, com a disciplina de homeopatia oferecida como optativa.

No caso da UFF, até os anos 1980, não havia o ensino formal de homeopatia nas faculdades de farmácia. A inclusão desse conteúdo no currículo da graduação em farmácia foi fruto de iniciativas do movimento estudantil. Desde então, a Faculdade de Farmácia da UFF possui três disciplinas optativas de homeopatia, que são oferecidas semestralmente. Por outro lado, o ensino de homeopatia em nível de pós-graduação *lato sensu* ainda tem sido o caminho para a formação do farmacêutico homeopata. Espera-se, todavia, que essa demanda deva diminuir com o tempo, em virtude da introdução das disciplinas de homeopatia nos cursos de graduação.

Portanto, os resultados sustentam a idéia de que o ensino de homeopatia é importante para a formação do farmacêutico generalista, tendo em vista que a homeopatia constitui uma grande área de atuação para o farmacêutico. A habilitação em homeopatia pode ser encarada como outro atrativo do curso, além de não onerar muito os currículos, uma vez que a carga horária da disciplina de homeopatia é pequena em relação à carga horária total do curso de farmácia.

Espera-se que o presente trabalho apóie a necessária reflexão com relação à introdução do ensino de homeopatia nos cursos de graduação em farmácia.

Referências

- ABFH. Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas. Comissão de Ensino. **Relatório do II Fórum de Ensino de Homeopatia para Farmacêuticos**. Rio de Janeiro, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Promed - Portaria Interministerial nº 610**, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2006. Seção 1. Edição n.84. p.20-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.3, p.375-8, 2002b.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 440, de 22 set. 2005. Dá nova redação à Resolução nº 335/98 do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, n.206, p.147, 26 out. 2005. Seção 1.

_____. Retificação da Resolução nº 440, de 22 set. 2005. Dá nova redação à Resolução nº 335/98 do Conselho Federal de Farmácia, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, n.91, p.91, 15 mai. 2006. Seção 1.

CNE. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, p.9, 4 mar. 2002. Seção 1.

CORRÊA, A.D.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS, L.E.M. Similia similibus curentur - Notação histórica da medicina homeopática. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.43, n.4, p.347-51, 1997.

CORRÊA, A.D. et al. Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da Homeopatia nove anos depois. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, v.13, n.1, p.13-31, 2006.

DANTAS, F.; RIBEIRO, C.T. Atitudes de estudantes de medicina sobre práticas médicas heterodoxas no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.26, n.2, p.99-104, 2002.

DE LA CRUZ, M.G.F. O ensino na Homeopatia na educação farmacêutica. **Ensino Soc.**, v.1, n.1, p.25-32, 2001.

FERNANDES, Z.C. Homeopatizando: e o ensino, como vai? **Pharmac. Bras.**, n.28, p.19-21, 2001.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. São Paulo: Cortez; 2001.

GALHARDO, J.E.R. História da homeopatia no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOMEOPATIA, 1., 1928, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: IHB, 1928. p.271-1016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS - INEP. Disponível em: <<http://www.educacaosuperior.inep.gov.br>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

LINHARES, W. Ensino uniforme da homeopatia. **Rev. Homeop.**, n.155, p.22-26, 1982.

LOPES, A.C. Políticas curriculares: continuidade ou mudança de rumos? **Rev. Bras. Educ.**, n.26, p.109-18, 2004.

MARGINSON, S.; MOLLIS, M. The door opens and the tiger leaps: theories and reflexivities of comparative education for a global millennium. **Comp. Educ. Rev.**, v.45, n.4, p.581-615, 2001.

MEIRELLES, A.S. Pequena história da homeopatia com suas repercussões na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1886 a 1986. **Rev. Bras. Homeop.**, v.1, n.1, p.6-11, 1991.

MIRANDA, L.M.M. **Farmácias homeopáticas: histórias da institucionalização de uma prática.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

OLIVEIRA, F.D. O ensino da homeopatia: pressupostos filosóficos. **Rev. Homeop.**, v.159, p.21-4, 1983.

_____. Difusão e ensino da homeopatia no Brasil: uma visão estratégica. **Rev. Homeop.**, v.155, p.29-34, 1982.

OLNEY, L.F. **Farmácia homeopática: teoria e prática.** Barueri: Manole, 2001.

TEIXEIRA, M.Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M.A. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates' attitudes. **São Paulo Med. J.**, v.123, n.2, p.77-82, 2005.

_____. O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de Medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.28, n.1, p.51-60, 2004.

TROVO, M.M. et al. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.11, n.4, p.483-9, 2003.

TUCUNDUVA NETO, R.R.C.M. O ensino da homeopatia. **Rev. Homeop.**, v.161, p.12-5, 1984.

CORRÊA, A.D.; LEITE, S.Q.M. Enseñanza de la homeopatía en el grado en farmacia: concepciones y prácticas pedagógicas en instituciones del estado de Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.267-80, abr./jun. 2008.

Este artículo investiga la situación de la enseñanza de la homeopatía en las facultades de farmacia del estado de Rio de Janeiro, buscando identificar y analizar la situación político-pedagógica con respecto a la perspectiva curricular de formación del farmacéutico generalista, teniendo en cuenta las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Grado en Farmacia. Se discuten aspectos jurídicos del tema y percepciones de profesores. En el estado de Rio de Janeiro, ofrecen la enseñanza de la homeopatía dos universidades públicas y 12 instituciones privadas; las públicas ofertan la disciplina en forma opcional, y las demás, en forma obligatoria. El estudio demuestra que tanto en el grado como en la especialización en homeopatía, el foco es la preparación de las medicinas, incluso los contenidos teóricos de la filosofía homeopática.

Palabras clave: Homeopatía. Enseñanza de farmacia. Farmacia. Currículo. Educación superior.

Recebido em 31/08/07. Aprovado em 27/05/08.

A Perfeição

O que me tranqüiliza é que tudo o que existe, existe com uma precisão absoluta. O que for do tamanho de uma cabeça de alfinete não transborda nem uma fração de milímetro além do tamanho de uma cabeça de alfinete. Tudo o que existe é de uma grande exatidão. Pena é que a maior parte do que existe com essa exatidão nos é tecnicamente invisível. O bom é que a verdade chega a nós como um sentido secreto das coisas. Nós terminamos adivinhando, confusos, a perfeição.

Clarice Lispector
(A descoberta do mundo,
Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1999. p.155)

Estresse e padecimento: uma interpretação de acordo com Heidegger

Roberto Passos Nogueira¹

NOGUEIRA, R.P. Stress and suffering: an Heideggerian interpretation.
Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.283-93, abr./jun. 2008.

In *Zollikon Seminars*, Heidegger argues that disease is a privation of health relating to restriction of human freedom. In turn, stress is shown to be related to Dasein's burden, which consists of the demands that are constantly made on him because of his openness to all living creatures in the world. Expanding this interpretation, the author proposes that, since illness or, rather, suffering is a singularized form of Dasein's burden, its pertinence should be analyzed within the same hermeneutic circle that is founded on the demands that the world makes on Dasein and on the responses provided under defined circumstances.

Key words: Heidegger. Man's essence. Phenomenology. Dasein's analytics. Philosophy of health.

Nos *Seminários de Zollikon*, Heidegger discute a enfermidade enquanto uma privação da saúde, relacionada à restrição da liberdade humana. Por sua vez, o estresse é exposto em sua relação com o fardo do Dasein, que são as solicitações que constantemente lhe são dirigidas devido a sua abertura aos entes do mundo em sua totalidade. Expandindo essa interpretação, o autor propõe que a enfermidade, ou melhor, o padecimento, como modo de ser singularizante do Dasein, deve ser analisado em sua pertinência ao mesmo círculo hermenêutico, que tem por base as solicitações que o mundo faz ao Dasein e as respostas que este fornece em circunstâncias concretas.

Palavras-chave: Heidegger. Essência do homem. Fenomenologia. Analítica do Dasein. Filosofia da saúde.

¹ Médico. Diretoria de Estudos Sociais, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). SBS, Quadra 01 - Ed. BNDES, sala 1.410 - Brasília, DF 70.076-900
roberto.nogueira@ipea.gov.br

Introdução

A publicação do volume contendo os *Seminários de Zollikon* por Medard Boss, em 1989, edição brasileira em 2001 (Heidegger, 2001a), veio a ser um marco extraordinário para os estudos que buscam interpretar os fenômenos da saúde em conformidade com o pensamento de Heidegger. A principal contribuição dessa obra, a nosso ver, é a de indicar de que maneira uma correta leitura de *Ser e Tempo* deve ser combinada com os temas que Heidegger veio a desenvolver ou a aprofundar em sua fase posterior de destruição e superação da metafísica.

Nos seminários de Zollikon, Heidegger forneceu indicações preciosas e bastante didáticas sobre como os fenômenos da saúde e da enfermidade devem ser interpretados numa abordagem que se atenha metodicamente ao plano fenomenológico da analítica do Dasein. As exposições e discussões aí registradas - que abrangem, inclusive, alguns casos de clínica psiquiátrica -, tencionam mostrar a importância de manter o método de análise fenomenológica sempre orientado pela compreensão da essência do homem, com sua primordial abertura (*Offenheit*) situada na clareira do ser.

Heidegger (2001a) inaugura os seminários fazendo uma breve caracterização da essência do homem, afirmando, entre outras coisas, que o existir humano, em seu fundamento, não pode ser tomado como se fosse um objeto encapsulado. O ser essencial do homem reside em suas possibilidades invisíveis e intangíveis de apreender tudo o que encontra no mundo e que a ele se dirige e o demanda: "Mais que nada o existir como Dasein significa o manter aberto um domínio do poder-apreender (*Vernehmen-können*) o significado dos fatos que a ele se dirigem a partir da clareira" (Heidegger, 2001a, p.33).²

Tomar algo como algo, apreender o significado dos entes que encontra em seu ser-no-mundo, é o que caracteriza a abertura. Ao esclarecer para sua audiência o que é a abertura, Heidegger acentua que, pelo poder-dizer da linguagem, a abertura desvela o ente, mostra o que ele é: a mesa como mesa, o copo como copo. Esse manter aberto o poder-compreender é a própria essência do homem: "O ser humano está, pois, na abertura do ser, no desocultamento do que está presente. Esta é a razão para a possibilidade, e mesmo para a necessidade, para a necessidade essencial do dizer, portanto, é a razão pela qual o homem fala" (Heidegger, 2001a, p.117).

Mas a abertura está sustentada na clareira. Heidegger aduz que clareira (*Lichtung*) não tem a ver com luz (*Licht*), mas com o leve (*leicht*), aquilo que se dá como o livre. A luz só pode penetrar onde o espaço já está previamente liberado pela clareira, tal como acontece numa floresta. A essência do homem é o projetar-se livre (*frei*) e aberto (*offen*) para os fatos do mundo, que são tomados como solicitações às quais o Dasein dá resposta na cotidianidade de ser-no-mundo.

Heidegger (2001a) enfatizou repetidamente, nos *Seminários de Zollikon*, a necessidade de que os médicos estejam atentos ao horizonte da liberdade peculiar ao Dasein. A analítica do Dasein na saúde evita tratar das "causas" das enfermidades.

Para Heidegger (2001a), o homem responde a motivos, e não a causas. Goza da liberdade de responder desta ou de outra maneira aos motivos que lhe são colocados no exercício do seu ser-no-mundo. A enfermidade é um comportamento humano que aparece na resposta a esses motivos, e não como resultado de causas. Contudo, é a noção de causa que veio a dominar por completo a metafísica ocidental a partir do século XVII, fixando-se como fundamento epistemológico das ciências naturais e da medicina.

² Esta e todas as demais citações dos textos desses seminários são feitas pelo autor com base numa adaptação correlativa da tradução brasileira, cotejada com a tradução americana. É mantida, no entanto, a referência ao número de página da tradução brasileira.

Porém, em algumas circunstâncias concretas de sua vida, o homem pode experimentar limitações ou dificuldades de ser o que ele é nessa essência. Nestes momentos, não mais consegue se pôr à altura da liberdade do seu Dasein e precisa de ajuda. "Cada doença é uma perda de liberdade, uma limitação da possibilidade de viver" (Heidegger, 2001a, p.180).

A pergunta principal que formulo neste artigo é a seguinte: de que modo uma compreensão filosófica dos fenômenos do estresse e da enfermidade pode ser relacionada à abertura, como essência do homem e fundadora de sua liberdade?

Falo aqui de padecimento, em vez de enfermidade. Padecimento é um modo de ser do Dasein que só pode ser compreendido corretamente com base no uso do método fenomenológico. O padecimento é sempre um acontecimento ôntico do Dasein, uma forma de singularização existenciária. Por isto, não pertence à composição ontológica do Dasein, embora deva ser com esta correlacionada.

O tema será discutido partindo da caracterização heideggeriana da essência do homem. Esta discussão se desdobra em duas abordagens associadas entre si: a) o estresse como fardo (*Belastung*) do Dasein; e, b) o padecimento como privação do poder-ser do Dasein.

A essência do homem

Essência (*Wesen*) é uma das palavras prediletas de Heidegger, usada especialmente no período posterior a *Ser e Tempo*. Essência é o que vem à presença e perdura (*währen*) como presença. É o que se torna visível (mediante a linguagem) quando um ente é desvelado ou mostrado em sua verdade, a partir de sua condição inicial de ocultação, à qual tende sempre a retornar. Esta concepção foi formulada por Heidegger (2003, p.158) tendo em conta a história mesma do pensamento metafísico a partir de suas origens na Grécia (Heráclito, Aristóteles etc.). Heidegger continuamente leva o conceito de essência a uma proximidade com o conceito de ser.

A concepção de essência em Heidegger nada tem em comum com o conceito de verdade enquanto "adequação do pensamento à coisa". É desenvolvida de acordo com uma intuição fenomenológica que se radica na fonte da metafísica. Por sua vez, a própria metafísica é entendida por Heidegger como sendo a essência da filosofia.

Assim, por exemplo, em *Conceitos Fundamentais da Metafísica* (Heidegger, 2001c), ele trata do ser do homem em comparação com a pedra e o animal, afirmando: a) a pedra (objeto material) não tem mundo; b) o animal é pobre no mundo; c) o homem é formador de mundo.

Essas três conclusões sumárias decorrem de uma longa investigação ontológica e fenomenológica³. A essência do homem é a habilidade de formação de mundo (*Weltbildung*), sendo mundo o "manifestar dos entes como tais e em sua totalidade". O animal não desfruta dessa habilidade, porque apenas responde a estímulos, cativo que é de um círculo ambiental. O animal vive restrito aos estímulos de seu meio ambiente, no qual garante sua subsistência e reprodução. Na resposta a estímulos, exhibe o que lhe é próprio, uma conduta. O homem, por outro lado, responde a motivos - é capaz de comportamento, porque é dotado de linguagem, que abre para si os entes do mundo. Apenas o homem goza dessa abertura que o torna presente a si mesmo e que torna presentes os entes (*seienden*) com os quais se põe em relacionamento. A relação com os "entes presentes enquanto entes" é o que fornece o acesso ao ser (*Sein*), fundado no privilégio humano da compreensão de que "isto é tal e tal coisa".

³ Heidegger (2001c) dedicou quase mais cem páginas de interpretação filosófica a uma ampla revisão da literatura de biologia e zoologia de sua época e os resultados das experiências conduzidas pelos principais investigadores dessa área.

Para Heidegger, essa compreensão, que se dá na abertura à totalidade dos entes, está sempre sustentada por uma afinação ou humor (*Stimmung*). A concepção de que a afinação abre o mundo para o Dasein é algo sempre reiterado tanto em *Ser e Tempo* quanto nas obras posteriores, e costuma ser evidenciada para cada tipo de abertura: o homem abre-se para o mundo quando se afina por meio de disposições tais como: o tédio, o temor, a angústia etc. Lança-se em sua abertura por meio dessas afinações ou humores; é também em conexão com as afinações que o homem se compreende a si em dado momento e em suas possibilidades. A afinação e a compreensão de si formam também a sustentação do modo de ser do encontrar-se (*Befindheit*): “Como estou, bem ou mal?”.

A abertura brinda ao Dasein seu poder-ser no mundo, num horizonte de temporalização que abrange o passado, o presente e o futuro. Faz parte da história do Dasein como humanidade, mas é algo a cujo significado cada homem deve responder. Como ser lançado ao mundo, que se compreende a si mesmo em sua relação com os entes enquanto entes, na sua totalidade, o Dasein se confronta com o desafio de assumir por inteiro essa abertura que essencialmente lhe pertence.

No curto texto de apresentação que escreveu para a edição dos Seminários de Zollikon dirigida ao público americano, Boss escolheu destacar justamente esse tema:

Através dessa abertura, a própria existência humana, como qualquer dos fatos do nosso mundo, pode vir à sua presença e desenrolamento. A tarefa mais própria do homem é deixar estar o que emerge na abertura do ser. A existência humana é necessária para este acontecimento, que constitui seu próprio e mais profundo significado. Assim, também se torna claro que esse novo modo de pensar, meditativo e alternativo, pode também revelar significado e propósito para a arte de curar. (Boss apud Heidegger, 2001b, p.X)

O acontecimento em que o homem “deixa estar o que emerge na abertura do ser” é o evento da apropriação (*Ereignis*), um dos conceitos mais marcantes e complexos da segunda fase do pensamento de Heidegger. Em sua obra *Refletividade (Besinnung)*, ele afirma “o homem tem a distinção de ser aquele ser que não é somente um ser, mas, ao ser, funda seu ser na apropriação” (Heidegger, 2006, p.84).

O fardo

O fardo (*Belastung*)⁴ é um existencial, e, portanto, um constituinte da estrutura ontológica do Dasein que Heidegger descreve de várias maneiras, como se verá a seguir. A abertura que funda o poder-ser do Dasein também se lhe apresenta como um fardo – é o fardo de sua liberdade, que, de alguma forma, lhe pesa, já que, pela abertura, encontra-se entregue à sua própria responsabilidade de ser. O Dasein toma a si mesmo este fardo por se encontrar na contingência de continuamente dar resposta às solicitações que vêm de sua condição existencial de ser lançado ao mundo.

Em *Fenomenologia da Vida Religiosa* (Heidegger, 2004), um conjunto de estudos resultantes de seminários realizados em 1920-21, que lhe ajudaram na preparação de *Ser e Tempo*, Heidegger se inspira nas *Confissões* de Agostinho para elaborar sua primeira aproximação à determinação formal do fardo, sob a denominação de *molestia* em latim. A interpretação se faz de acordo com raiz

⁴ A edição brasileira traduz *Belastung* como peso, enquanto a americana traduz como *burden*. Parece-nos que a palavra carga deve ser evitada neste contexto de interpretação fenomenológica, na medida em que se associa correntemente com os conceitos da física. Por isto, preferimos a palavra fardo.

mol, que significa peso. O que é *molestia*? Do ponto de vista da interpretação fenomenológica, é aquilo que no cotidiano nos perturba (ou seja, molesta-nos...), empurra-nos para baixo. Mas *molestia* é também o que torna a vida mais viva, mais intensa: é a vida crescendo em si mesma e voltando-se para si mesma, sendo assumida em toda sua intensidade. Portanto, aqui deve ser evitada qualquer associação com moléstia no sentido usual de enfermidade. Heidegger conclui que o fardo, na qualidade de *molestia*, está fundado num radical "ter-se a si mesmo", exercido na faticidade da existência. A análise fenomenológica do fardo prenuncia a interpretação dada posteriormente por Heidegger à questão da liberdade como sendo o assumir do fardo do Dasein.

Em *Ser e Tempo*, contudo, a determinação do fardo não recebe uma elaboração que a destaque devidamente como um existencial. Seu tratamento surge com a caracterização do "ser-em", o estar lançado ao mundo, com a potencialidade de ser a que o homem está entregue (Heidegger, 1989). Mas a importância da temática facilmente passa despercebida ao leitor. Na análise do "ser-em" (que é justamente o Da- do Dasein), o existir sempre deve ser compreendido a partir das suas possibilidades de ser, das aberturas nas quais se projeta⁵. Na passagem citada, Heidegger diz que, mediante a afinação (humor), os desdobramentos do existir, na faticidade do estar lançado e do estar entregue a sua responsabilidade, manifestam que o Dasein se tornou um fardo (ou um peso) para si mesmo.

⁵ Sendo seu próprio poder-ser, o Dasein não pode ser teoricamente visto como encapsulado num "eu" nem numa "consciência", como acontece na filosofia tradicional.

Já em *Conceitos Fundamentais da Metafísica*, o fardo é tratado explicitamente como aquilo que garante a própria liberdade do homem, na medida em que este assume por inteiro seu Dasein. Fardo é o que libera o Dasein do homem para ele mesmo, tornando-o essencial: "Esta liberação do Dasein no homem não significa colocá-lo numa posição arbitrária qualquer, mas carregar o Dasein sobre o homem, como seu fardo mais próprio. Somente os que podem dar a si mesmos um fardo são livres" (Heidegger, 2001c, p.166). Ou mais adiante, ao caracterizar a criatividade do homem como formador de mundo:

Liberdade só pode ser encontrada onde há um fardo a ser levado nos ombros. Na realização criativa, este fardo sempre representa um imperativo e uma necessidade que pesa bastante sobre o conjunto da afinação humana, de tal maneira que o homem vem a estar num modo melancólico. (Heidegger, 2001c, p.182)

Finalmente, nos *Seminários de Zollikon* (Heidegger, 2001a), num contexto de discussão com profissionais da saúde, os fenômenos do fardo são analisados como estresse. À primeira vista, parece estranho que o tratamento quase que poético anteriormente dado por Heidegger à relação entre fardo e liberdade humana seja, agora, substituído por uma interpretação segundo a qual fardo é sinônimo de estresse. Mas essa estranheza se explica pela nossa dificuldade de ler fenomenologicamente as manifestações do Dasein que fazem parte da cotidianidade. Resumimos, num conjunto de passos, o raciocínio de Heidegger para tornar acessível o fenômeno do estresse na perspectiva de uma análise da faticidade do Dasein:

1 Habitando a clareira do ser, o homem desde sempre é solicitado pelos entes do mundo. Estresse é uma solicitação (*Beanspruchung*) ou encargo que o Dasein apreende em seu mundo.

2 Ser aliviado desse encargo (*Entlastung*) é também uma espécie de estresse (por exemplo, quando passamos em exames após longo período de estudo, sentimos um alívio que também deixa um vazio estressante).

3 Uma certa quantidade de estresse ajuda a preservar as relações “ec-státicas” com o mundo que caracterizam o Dasein⁶.

4 Ao responder às solicitações do estresse, a vida humana de algum modo é preservada e mantida em sua intensidade e dignidade.

5 O estresse, como fardo (*Belastung*), é um componente da estrutura ontológica do Dasein, um existencial.

Nessa análise, o estresse não é fixado como uma reação de adaptação do organismo a estímulos externos potencialmente ameaçadores, modelo organicista no qual o homem aparece nivelado aos animais. O estresse é entendido como parte de uma conversa que só o homem é capaz de manter com o mundo. Tem a ver com a interpelação que nos é feita em situações factuais do ser-no-mundo. O mundo, com todos seus entes, inclusive os que têm o modo de ser do Dasein, relaciona-se com cada ser humano mediante solicitações: exige respostas contínuas. O homem é conclamado a entender e a dar respostas: não só a seus semelhantes, os que são junto com ele (*Mitsein*), como também aos entes que lhe cercam e que estão à mão, e, fundamentalmente, em sua relação consigo mesmo (por exemplo, com seu corpo).

O caminho seguido nessas solicitações e respostas obedece a um círculo hermenêutico, que é o modo de ser do homem quando é tomado pelo domínio do ser, quando é tomado, portanto, por tudo o que se dá no mundo. O estresse é a manifestação fenomênica do fardo como constituinte ontológico do Dasein; é inerente a esse exercício de linguagem, em que o homem conversa com os entes em sua totalidade. O fardo é possível e necessário porque se fundamenta na abertura do Dasein a *tudo o que é*, abertura que cabe a ele preservar por sua prerrogativa de “guardião da clareira do ser”.

Heidegger desconstrói, assim, a percepção cientificista do estresse como uma “causa” de problemas físicos e psíquicos. O estresse não é um estímulo, externo ou interno ao corpo, e do qual alguém toma consciência como algo que incomoda ou ameaça. Na verdade, o homem não responde a estímulos, agradáveis ou desagradáveis, como faz o animal. O homem responde a motivos, que, neste caso, são compreendidos como solicitações de um mundo que fala nossa linguagem e nos entrega encargos. Ao ouvir e responder a tais solicitações, o homem vai dando encaminhamento aos encargos que recebe nessa conversa com o mundo. Segundo essa interpretação fenomenológica do estresse, o mundo nos fala numa linguagem preñe de solicitações, não em momentos ocasionais, mas continuamente. São as solicitações comuns das pessoas com as quais nos relacionamos (o que pedem nossos filhos para que façamos por eles agora e depois), mas, igualmente, as solicitações vindas das coisas (o automóvel no trânsito, o computador do trabalho e as pedras e arbustos do caminho). Os entes do mundo têm suas próprias solicitações, justamente porque, pela linguagem, somos capazes de des-velar, des-cobrir o que eles são. Todos esses entes dirigem-se a nós usando a mesma linguagem pela qual somos capazes de identificá-los. Em resumo, usam a mesma linguagem que nos possibilita ser criadores de mundo.

Diz Heidegger não apenas o óbvio, que o estresse é parte da vida, mas algo mais importante: o estresse aumenta a intensidade e o colorido da vida porque, em nossa abertura original para o ser, ele nos amplia e diversifica nossas próprias possibilidades de ser. O estresse é o fardo da nossa liberdade.

Surge aqui uma dúvida que a própria medicina já enunciou: há um estresse normal e um estresse anormal, por ser excessivo? E quando excessivo, não seria o estresse a origem de algumas enfermidades?

Deve-se sublinhar, no entanto, que essas perguntas estão presas ao marco interpretativo determinista e cartesiano peculiar às ciências naturais. Estas

⁶ Simplificadamente, a essência ec-stática do homem diz respeito à sua habilidade de estar sempre além de si mesmo no tempo e no espaço, por exemplo, de projetar-se para o futuro, na forma de antecipação de algum evento, ou de chegar a algum lugar distante encontrando-se desde logo “junto” a esse lugar.

pressupõem que tudo tem uma causa e que as causas devem ser identificadas para que possamos ter um conhecimento do real, o que abarcaria, por sua vez, a totalidade das entidades objetivas descritas de acordo com suas propriedades. No conceito moderno de enfermidade, assim como no do estresse, já está implícita uma referência à idéia de entidade objetiva, em oposição a uma subjetividade. O estresse e a enfermidade podem ser estudados pela ciência em suas propriedades fisiológicas, anatômicas e psicológicas. Tais propriedades podem ser localizadas “objetivamente” nos componentes anatômicos, fisiológicos, bioquímicos etc., do corpo. Ou podem ser descritas como sintomas “subjetivos” da psique. Mas o fardo, como conceito fenomenológico do estresse, não é uma entidade, mas um modo de ser fundamental do Dasein do homem; é integrante de sua composição ontológica. Existimos desde sempre contando com nosso fardo e apesar dele.

O que convém dizer, neste ponto da investigação, é que a articulação entre fardo e padecimento jamais deve ser interpretada com base num vínculo de causalidade, de acordo com o esquema interpretativo usual de que o excesso de estresse leva à enfermidade. A relação fenomenológica entre os dois deve ser buscada no modo de ser conversacional das solicitações e das respostas, em que estresse e padecimento podem ser entendidos como pertencentes ao exercício de um mesmo círculo hermenêutico. Isto não é afirmado direta e explicitamente por Heidegger, mas é uma conclusão ou extensão interpretativa que pode ser depreendida dos textos dos *Seminários de Zollikon* (Heidegger, 2001a).

O padecimento como condição privativa

Estendendo a interpretação heideggeriana acima referida, proponho aqui que o padecimento seja entendido também como uma resposta que pertence ao círculo hermenêutico que o Dasein mantém com seu mundo. Mas esta é uma resposta que exhibe um caráter privativo ou defectivo. Assemelha-se a uma falta de resposta ou, ainda, a uma resposta diferente, já que o homem se encontra perturbado ou alterado em sua liberdade de dar resposta. Por outro lado, o próprio padecimento passa a ser tomado como um encargo diante do qual o indivíduo não consegue, muitas vezes, dar encaminhamento por conta própria e passa a precisar de especial ajuda.

A resposta que o padecimento dá ao mundo parece-se, às vezes, com um silêncio, uma não-resposta, devido a uma incapacidade de responder. Contudo, a analítica do Dasein na saúde pode-nos mostrar que não se trata exatamente disto: o padecimento é sempre uma resposta diferente, singular, que permite ao homem estar no seu padecer, numa abertura posta de maneira modificada no mundo. No padecimento, o homem não perde sua essência de criador de mundo e de ente aberto para o ser, mas apenas faz manifesta tal essência de outro modo, com limitações mais ou menos claras, mas também com tantas outras possibilidades que antes não exibia.

A medicina moderna, em sua prática clínica cotidiana, por mais estranho que isto possa parecer, praticamente não tem necessidade de recorrer ao conceito de saúde. De fato, o que um médico procura de antemão saber diante de alguém que o consulta, é se esta pessoa está enferma, e para isto se baseia em certos padrões de normalidade do exame físico, dos testes laboratoriais e outros exames. O verdadeiro objeto de trabalho da medicina é a enfermidade, mas inclui, também, todas as perturbações detectáveis com base em uma comparação com as escalas de normalidade. Educados dentro da metafísica cartesiana, os médicos acreditam que uma coisa só existe quando é mensurável. Por isto, pode-se dizer que, para os médicos, há saúde onde não encontram uma enfermidade.

Nos seminários de Zollikon, Heidegger desafiou os médicos e os demais profissionais da saúde presentes a pensar na saúde para além da lógica de negação simples ou de mera contrariedade. A enfermidade não é a pura negação da saúde, porque na vigência de uma enfermidade, a saúde não é excluída, mas ainda se faz presente. A enfermidade é uma condição privativa da saúde, na qual esta se encontra num modo de ser modificado, perturbado:

É um fato notável que, no seu todo, a profissão dos senhores move-se no âmbito de uma negação no sentido de uma privação. Pois os senhores lidam com a doença. O médico pergunta a alguém que o procura: “qual é o seu problema?” [Wo fehlt es?/Onde falta?]. O doente é não-sadio. A doença não é a pura negação da condição psicossomática da saúde.

O ser sadio, o estar bem, o encontrar-se bem, não está simplesmente ausente: está perturbado. A doença é um fenômeno de privação. Toda privação implica a co-pertinência essencial de alguma coisa que se privou de outra e que precisa desta outra coisa. Isto parece uma trivialidade, mas é extremamente importante justamente porque a profissão dos senhores move-se neste âmbito. Na medida em que os senhores lidam com a doença, na verdade, os senhores lidam com a saúde, no sentido da saúde que falta e deve ser recuperada. (Heidegger, 2001a, p.73-4)

Dando um passo adiante nessa interpretação, devemos dizer que a saúde do homem é equivalente ao poder-ser no mundo. Isso é o mesmo que dizer que o homem exibe saúde enquanto, em sua essência, é formador de mundo. Mas será que, no padecimento, o homem deixa de ser formador de mundo? Heidegger indica que não, que ele não deixa de ser capaz de se abrir à sua própria presença e à presença dos entes do mundo. Portanto, não deixa de se dar possibilidades de ser, inclusive possibilidades inéditas em sua história pessoal e na história da humanidade. Quantas pessoas comuns e quantos gênios trabalham continuamente e produzem obras extraordinárias na vigência disso que a medicina chama de doença mental ou doença física? Não parece muitas vezes, pelo contrário, que são justamente os “saudáveis” os que exploram em menor escala as possibilidades inéditas de ser homem?

Heidegger fala de saúde perturbada para contrastar com a idéia tão corrente de uma falta ou ausência de saúde. Mas melhor seria dizer saúde modificada, pois o padecimento é um modo especial ou singular de ainda ser o que somos, de continuar a exercer a abertura própria ao homem no mundo cotidiano e, também, de ir além deste limite.

Aqui não podemos fugir da necessidade de pensar a modulação do Dasein na mundanidade cotidiana para criar uma equivalência conceitual entre abertura e saúde. A abertura do Dasein está configurada, em grande parte, pelos modos da potencialidade de ser que se demarcam na cotidianidade, modos que Heidegger diz, em *Ser e Tempo*, serem impróprios ao Dasein e que caracterizam o ser da decadência (*Ausfall*). Esta é uma espécie de normalização ontológica, se assim se pode denominar, a qual Heidegger busca escoimar de qualquer sentido ético reprovativo: mundanidade e decadência, no modo impróprio do Dasein, são constituintes da estrutura ontológica e não carregam consigo uma conotação valorativa (Heidegger, 1989).

A melhor maneira de explicitar a intenção de Heidegger, na fala que citamos anteriormente, é dizer que saúde é o poder-ser, na abertura ao mundo, e que o padecimento é a sua privação, configurada no modo de ser da medianidade cotidiana.

Analiso, a seguir, a modificação da potencialidade humana do “tornar presente”, a respeito da qual Heidegger forneceu pistas mais concretas. O traço fundamental do homem é seu estar-aberto para o que está presente aqui e agora. Ao estarmos aqui, não nos fazemos presentes somente àquilo que nos cerca, mas também a outras coisas ou pessoas para as quais estamos orientados ou relacionados. Heidegger diz que, na esquizofrenia, há uma privação do estar-aberto no modo de ser do corporalmente presente, ou seja, junto com as pessoas e coisas que estão aqui. Contudo, quando essa privação se manifesta, o estar-aberto, a condição de abertura do homem, não desaparece. O que acontece é que ela se mostra alterada num modo de ser que é o da “pobreza de contato” (Heidegger, 2001a, p.100-1).

Numa passagem de *Conceitos Fundamentais da Metafísica*, Heidegger (2001c, p.63) busca afastar de vez a noção de que a potencialidade de se fazer presente do homem tem a ver com a consciência, e menciona o fato de que, em algumas psicopatias, “um alto grau de consciência pode prevalecer, mas ainda assim dizemos que a pessoa está perturbada, deslocada, está fora e ainda lá”. Na esquizofrenia, há uma perda de contato que se relaciona com a privação da capacidade do homem de se fazer presente para os entes que lhe vêm ao encontro e para quem está junto aqui. Mas a abertura não desaparece. Persiste como um modo de ser modificado, a pobreza de contato. Esse modo de ser de pobreza de contato é uma modificação mais ou menos duradoura e singularizante do ser-no-mundo, é um padecimento. Por outro lado, só podemos percebê-lo como um problema porque, de uma maneira ou de outra, sabemos que esse tipo de abertura prevalece na medianidade mundana.

Numa conversa com Boss sobre um caso clínico de esquizofrenia, Heidegger desenvolve mais essa linha de pensamento, acerca das diferenças dos modos de tornar presente. Ele afirma que:

O alucinado só pode ver seu mundo através de um estar presente imediato, sensorialmente perceptível de todos os fatos, porque ele não pode lidar com o presente e o ausente – porque ele não pode se mover livremente em seu mundo. [...] Para a compreensão das alucinações não se deve partir da diferenciação entre “real” e “irreal”, mas, sim, do exame do caráter de relação com o mundo em que o paciente se encontra no momento. (Heidegger, 2001a, p.175-6)

O padecimento pode alterar o modo de fazer presentes as coisas ausentes ou o modo de tornar presentes as coisas do passado (memória), ou, ainda, o modo de estar junto com as pessoas. Assim, a privação da potencialidade de ser que se dá na esquizofrenia e nas alucinações são modos de padecimento que comprometem a abertura primordial do Dasein.

É preciso entender que, no modo de ser do padecimento, o Dasein não vai para fora do mundo; ele continua sendo solicitado por todos os entes do mundo e deve ainda dar respostas a essas solicitações. Com algumas partes do mundo ainda pode manter seu diálogo inalterado, mas para outras se tornou indiferente, mudo. Por exemplo, o atleta de salto à distância que teve de amputar a perna, não mais pode praticar seu esporte. Mas para outras partes do mundo, ele tem respostas diferentes, novas: pode mover-se numa cadeira de rodas; pode andar com uma prótese.

Mas será que esta privação, a de uma perna amputada, é equiparável à esquizofrenia, mencionada antes? Entendo que, em princípio, a análise de inspiração heideggeriana deveria distinguir duas formas de padecimento: aquele em que a própria abertura da essência humana está em privação, como, por exemplo, na esquizofrenia ou, muitas vezes, no mal de Alzheimer; e o padecimento em que a potencialidade de formador de mundo se mantém íntegra, podendo dar lugar a respostas criativas e inéditas diante de sua própria privação. Mas em qualquer situação, o padecimento limita os modos do poder-ser do Dasein na medianidade cotidiana: o que alguém fazia antes, agora não o faz mais, ou o faz de modo diferente; o que alguém pensava em poder ser, agora não pode mais consegui-lo e tem de pensar em algo diferente.

Quem padece é o homem, em seu todo, como ser-no-mundo que é. O padecer não é algo que se tem e que repercute nas nossas relações com o mundo. Padecemos no mundo, dando respostas diferentes em relação ao que fazíamos antes ou em relação àquilo que fazem os que se pautam por uma medianidade cotidiana. Não temos o padecimento como se tem um relógio no braço. Somos o padecimento. O padecimento é justamente nosso modo de ser no mundo, modificado na abertura. Por estarmos diferentes, dedicamo-nos de maneira diferente às ocupações e às relações com os outros. O mundo, por sua vez, nos reconhece no padecimento e até nos autoriza algumas prerrogativas: podemos, por exemplo, deixar de ir ao trabalho, podemos obter um auxílio-doença da seguridade social. As pessoas mais próximas mudam seu comportamento e nos respondem com sua ajuda e com cuidados especiais. No diálogo com o mundo, recebemos menos solicitações e tornam-se mais leves os encargos que nos são atribuídos; recebemos, também, gestos de acolhimento e somos distinguidos devido a nosso padecimento. Sendo assim, o padecimento sempre traz a tentação de nos refugiarmos na comodidade do acolhimento e do conforto de ser singular. Mas não será esta uma renúncia à própria liberdade, que só pode florescer quando assumimos por completo o fardo do Dasein?

Cabe referir, finalmente, a possibilidade de ser de autenticidade que se abre pelo padecimento. Em sua forma de afinação (humor), o padecimento pode dar um encargo diferente ao Dasein, que é o estar consigo mesmo, o de preocupar-se consigo mesmo. O padecimento dá tempo ao Dasein para essa preocupação, não só a de cuidar-se, mas também dá a possibilidade da emergência inédita do vazio, do nada. No padecimento, parece que nada há a fazer no mundo que seja importante. Podemos nos desocupar e ter tempo para nós. Diante deste nada que nos damos, é que a angústia pode vir a se instalar. Ao angustiar-se, o Dasein é clamado a defrontar-se com suas possibilidades mais próprias, saindo da impessoalidade do mundo cotidiano (Nogueira, 2006). É possível agora que o Dasein seja assumido em seu fardo, não para responder aos modos das possibilidades da medianidade cotidiana,

mas com suas possibilidades mais próprias, no ser-para-a-morte que somos. Contudo, na maior parte das vezes, buscamos “deixar para lá” a angústia que nos vem do padecimento. Mais freqüentemente, ansiamos por um restabelecimento pleno na mundanidade cotidiana, onde, antes, sempre nos sentíamos em casa, e para tanto lançamos mão de todos os recursos que estão a nosso alcance.

Os seminários de Zollikon e o salto para uma concepção filosófica da saúde

Nos seminários de Zollikon, Heidegger (2001a) fez uma série de importantes aportes à compreensão filosófica da saúde, dos quais os seguintes foram tratados brevemente neste artigo:

1 O estresse como constituinte ontológico do Dasein, na qualidade de um círculo hermenêutico que liga o homem a seu mundo e que ajuda a preservar a vida humana;

2 A doença como uma privação da saúde;

3 A doença como uma limitação do poder-ser do Dasein do homem e de sua liberdade primordial.

Outros aportes de não menor importância aqui sequer foram mencionados: por exemplo, a análise da esquizofrenia e de outros problemas mentais com base na perturbação da abertura primordial do Dasein em seu Da (ser-em); ou, ainda, o entendimento fenomenológico do comportamento corporal em sua relação com a essência ec-stática do Dasein.

Contudo, o que precisa ser sublinhado neste ponto final desta discussão é que, apesar de toda sua valiosa contribuição, Heidegger jamais apresentou uma concepção filosófica da saúde e da doença em seu todo nesses seminários. Por quê? Porque, para Heidegger (2001a), a compreensão da privação da saúde depende de uma “determinação suficiente” do que seja a saúde. Se a doença é uma privação da saúde, em sentido ontológico, como ele mesmo o afirmou, ela requer uma adequada compreensão da relação entre ser e saúde. Onde essa compreensão pode ser encontrada? Nas múltiplas fontes que compõem a história da metafísica, desde Platão e Aristóteles até Nietzsche. Todos eles trataram da saúde indiretamente em suas ontologias, desde a concepção da *physis* até a da vontade de poder.

De sua parte, Heidegger (2001a) não quis ou não teve tempo de desenvolver esse tipo de análise na mesma profundidade com a qual tratou das dimensões ontológicas do tempo e do espaço. Ele limitou-se a interpretar alguns aspectos parciais da condição do ser-doente (sobretudo na esquizofrenia) em sua relação com o tempo e o espaço. A própria noção do ser-doente, enquanto uma privação da saúde, só emergiu nos seminários a fim de melhor ilustrar os fenômenos de privação da dimensão ontológica da temporalidade nas doenças mentais.

Assim, não existe uma concepção heideggeriana da saúde e da doença. Alguém pode, com todo direito, elaborar sua própria concepção da saúde inspirada por Heidegger ou com base nele. Mas somente quando se disponha a realizá-la mediante uma livre e ousada interpretação do que é dito no texto dos seminários de Zollikon e nas suas inúmeras obras desde *Ser e Tempo*. Nesse sentido, o que apresentamos aqui é apenas uma tentativa preliminar e modesta. Para usar uma das palavras preferidas de Heidegger, uma análise mais aprofundada dessas questões só pode ser cumprida mediante um salto (*Sprung*) em direção a uma filosofia não-metafísica da verdade do ser, cujos fundamentos foram dados por Heidegger. E este salto é sempre muito difícil e arriscado de ser executado, é um salto mortal.

Referências

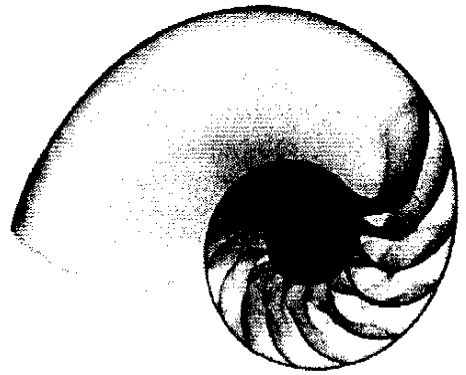
- HEIDEGGER, M. **Mindfulness** (Athlone Contemporary European Thinkers). London: Continuum, 2006.
- _____. **The phenomenology of religious life**. Bloomington: Indiana University Press, 2004.
- _____. No caminho da linguagem. In: _____. **A essência da linguagem**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.157-9.
- _____. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2001a.
- _____. **Zollikon seminars: protocols - conversations - letters** (Studies Pheno & Existential Philosophy). Trad. Franz Mayr. Chicago: Northwestern University Press, 2001b.
- _____. **The fundamental concepts of metaphysics world, finitude, solitude**. Bloomington: Indiana University Press, 2001c.
- _____. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989. 2v.
- NOGUEIRA, R.P. Para uma análise existencial da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.333-45, 2006.

NOGUEIRA, R.P. Estrés y padecimiento: una interpretación de acuerdo con Heidegger. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.283-93, abr./jun. 2008.

En los Seminarios de Zollokon, Heidegger discute la enfermedad como una privación de salud relacionada a la restricción de la libertad humana. Por otro lado expone el estrés en su relación con el fardo de Dasein, contituído por las solicitaciones que constantemente le son dirigidas debido a su abertura a los entes del mundo en su totalidad. Expandiendo esta interpretación, el autor propone que la enfermedad, o mejor, el padecimiento como modo de ser singularizante del Dasein debe ser analizado en su pertinencia al mismo círculo hermenéutico, que tiene por base las solicitaciones que el mundo hace al Dasein y las respuestas que él proporciona en circunstancias concretas.

Palabras clave: Heidegger. Esencia del hombre. Fenomenología. Análítica del Dasein. Filosofía de la salud.

Recebido em 06/02/07. Aprovado em 19/12/07.



Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*

Renata Fabiana Pegoraro¹
Regina Helena Lima Caldana²

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Psychological stress among relatives of users of a Psychosocial Care Center. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.

Psychological stress among the families of users of a Psychosocial Care Center in the interior of the State of São Paulo was investigated. Nine family members identified as caregivers of these users participated: they were mostly female, aged 60-76 years and from lower social classes. A semi-structured guide was used for the interviews, covering the caregiver's freely reported life history, the meaning attributed to caring and the impact of mental illness on the interviewees' and relatives' lives. Thematic analysis on the interviews enabled identification of psychological stress (nervousness and depression) among these relatives, including caregivers, and administration of psychiatric treatment using anxiolytic drugs. The presence of mental stress not only in the user but also among family members may imply greater burden on the caregiver, because of the accumulation of tasks, and may indicate the need for attention and intervention among families by healthcare teams.

Key words: Caregivers. Psychological stress. Mental health. Family relations.

Investiga-se o sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior paulista. Participaram do estudo nove familiares identificados como cuidadores desses usuários, em sua maioria do sexo feminino, com idades entre 60-76 anos e pertencentes às camadas populares. Utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, abordando o relato livre da história de vida do cuidador, o sentido atribuído ao cuidar e o impacto da doença mental no cotidiano dos entrevistados e familiares. A análise temática das entrevistas permitiu a identificação de sofrimento psíquico (nervoso e depressão) em familiares, inclusive cuidadores, e realização de tratamento psiquiátrico com uso de ansiolíticos. A presença de sofrimento mental em familiares, além do usuário, pode implicar mais sobrecarga para o cuidador, em virtude do acúmulo de tarefas, e indica necessidade de atenção e intervenção junto às famílias por parte das equipes de saúde.

Palavras-chave: Cuidadores. Estresse psicológico. Saúde mental. Relações familiares.

* Elaborado com base em Pegoraro (2002), dissertação de mestrado com subsídio Fapesp (bolsa de mestrado, Processo 00/07458-2).

¹ Psicóloga. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Rua Voluntários da Pátria, 330 apto. 601 Botafogo - Rio de Janeiro, RJ - 22.270-010 rfpegoraro@yahoo.com.br

² Psicóloga. Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introdução

No Brasil, a atual política de saúde mental, ao incentivar a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, evidencia a necessidade de inclusão da família do paciente psiquiátrico no tratamento, tanto para proporcionar suporte ao membro doente, como para receber ela mesma cuidados específicos (Brasil, 2004, 2002; Oliveira, Loyola, 2004; Pegoraro, 2002).

A família pode ser classificada como um *locus* do cuidado, espaço indispensável da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral de filhos e demais membros, independentemente do arranjo ou da forma como se estrutura (Pinho, Kantorski, 2004; Ferrari, Kaloustian, 1998; Maurás, Kayayan, 1998).

Ao escutar a família, o profissional da área de saúde pode descobrir quais cuidados se fazem necessários, bem como verificar que o sofrimento não é exclusivo daquele que se encontra doente (Cesarino, 1989). Investigar, junto a familiares e usuários, sua percepção sobre o desencadeamento, o curso, o impacto no cotidiano e formas de tratamento dos que se encontram em sofrimento mental, permite a instrumentalização das equipes na avaliação do grau de crítica da realidade e dos conhecimentos sobre a doença que familiares/usuários possuem (Luis, Margiotte, Santos, 1989). Tais percepções a respeito da saúde ou da doença, compartilhadas por familiares e usuários, sofrem influência de seu contexto cultural, religioso, econômico, indicando a necessidade de que o contexto de vida das famílias seja, também, considerado (Melman, 2002; Osinaga, 1999).

Um dos aspectos que merecem investigação junto a familiares é a presença da sobrecarga na prestação de cuidados ao usuário (Pegoraro, Caldana, 2006; Rose, Mallinson, Gerson, 2006; Bandeira, Barroso, 2005; Magliano et al., 2005; Lowyck et al., 2004; King et al., 2003; Lauber et al., 2003; Rosa, 2003; Furegato et al., 2002; Melman, 2002). Conhecer a sobrecarga vivenciada pelos familiares permite traçar intervenções que: auxiliem na interação e gestão da vida cotidiana dos pacientes, contribuam para aliviar o peso dos encargos, facilitem a cooperação, diminuam os fatores estressantes que podem desencadear crises. Tais intervenções permitem melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, aumentar o suporte e a qualidade de vida das famílias e, conseqüentemente, terão reflexos em ações voltadas para a reinserção social. Além disso, a intervenção profissional pode auxiliar na prevenção de transtornos psicológicos em familiares decorrentes da sobrecarga advinda do cuidar (Bandeira, Barroso, 2005; Melman, 2002).

É sobre o familiar que se encarrega mais intensamente dos cuidados que a sobrecarga recai mais significativamente. O cuidador torna-se, deste modo, figura central no planejamento das ações de saúde executadas pelas equipes de saúde mental; e sua "principal ferramenta", segundo Rosa (2001), seria conhecer as formas como o cuidador lida com seus sentimentos, suas atitudes, suas angústias, necessidades e desconfortos provocados no processo de cuidar. Em outras palavras, para que "cuidem do cuidador", as equipes precisam, primeiramente, conhecê-lo.

Não raro o cuidado exercido no lar, pela família, ao usuário é executado pela mulher (Pereira, 2003; Rosa, 2003; Pegoraro, 2002; Gonçalves, Sena, 2001). Quando pertencente às camadas populares, a mulher que cuida do portador de sofrimento mental acumula outros encargos a esta tarefa, como: a manutenção da limpeza da casa, a alimentação do grupo familiar, e, mesmo, o cuidado a outras pessoas, como crianças e doentes, membros da família.

Em virtude da necessidade de ampliar os conhecimentos sobre as famílias dos usuários de serviços públicos de saúde mental em nosso meio, com especial destaque para os cuidadores, estabeleceu-se, como objetivo do presente artigo, identificar a presença de histórico de sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e formas de ajuda procuradas pelos mesmos, com base em suas histórias de vida.

Metodologia

O presente estudo é parte de uma pesquisa de maior amplitude (Pegoraro, 2002), cujo objetivo foi investigar o sentido do cuidar de um familiar portador de sofrimento mental à luz da história de vida de responsáveis por usuários de um CAPS do interior paulista e de seu contexto de vida atual.

Sujeitos

Foram entrevistados nove familiares de usuários de um CAPS do interior paulista, localizado em um município com menos de trinta mil habitantes, que prestava atendimento a portadores de transtornos mentais, residentes no município sede e em outras duas cidades da microrregião.

Os critérios utilizados para a seleção dos entrevistados foram: apresentar disponibilidade para fornecer entrevista longa, gravada, mediante sigilo de identificação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser considerado, pela equipe do CAPS, como o "cuidador" do usuário, e, com o intuito de viabilizar a realização das entrevistas, que fosse procedente do município no qual o serviço se localizava.

Pelo termo "cuidador" compreendemos uma pessoa que, à época, prestava cuidados informais (não técnicos e não remunerados) a um usuário do CAPS, considerado como o responsável pelo usuário (aquele a quem a equipe aciona/procura em caso de necessidade).

O critério utilizado para o encerramento da coleta foi o "ponto de saturação" de novas informações, tal qual propõe Bertaux (1980).

Modalidade de entrevista e instrumento utilizado

O uso da modalidade de entrevista denominada "história de vida" tem como objetivo identificar os aspectos que, ao depoente, e não ao pesquisador, parecem importantes na reconstituição de sua história pessoal (Caldana, 1998). A entrevista de "história de vida" permite tanto a apreensão de acontecimentos vividos e experiências adquiridas ao longo da trajetória do entrevistado, quanto delinear as relações entre o depoente e os grupos sociais a que pertence (Queiroz, 1987).

Com o intuito de "captar" as escolhas dos cuidadores na elaboração de sua história pessoal ou a forma como o entrevistado se posiciona em relação ao passado, bem como investigar uma série de aspectos ligados à tarefa de cuidar, optou-se por uma modalidade de entrevista de história de vida utilizada por Caldana (1998) e aqui denominada "história de vida temática". Tal modalidade permite que, inicialmente, o depoente dê o rumo que desejar na reconstituição de sua história pessoal e, finalizada esta parte espontânea do depoimento, o pesquisador pode colocar questões mais diretas, de interesse específico de seu trabalho e que porventura não tenham sido abordadas espontaneamente pelo depoente, utilizando, para isso, um roteiro de tópicos previamente definidos, cujo objetivo é compreender o posicionamento do entrevistado em relação ao tema em estudo (Caldana, 1998).

O modelo adotado por Caldana aproxima-se da "história de vida inacabada" ou "sumária" discutida por Demartini (1992), cuja vantagem, frente à história de vida, estaria na possibilidade de aliar a concessão de liberdade ao entrevistado a certo nível de focalização em entrevistas mais breves, o que permite a realização de um maior número de entrevistas. Demartini (1992), no entanto, não faz uso de um roteiro de tópicos (temáticas) definido previamente à entrevista, e por este motivo, preferimos adotar aqui a nomenclatura "história de vida temática" para descrever o roteiro empregado, composto por três momentos: a) inicialmente, questões sobre dados pessoais que permitissem a caracterização dos depoentes, b) seguidas pelo relato da história pessoal e, finalmente, c) questões temáticas ou tópicos que versaram sobre o cotidiano de vida familiar, as tarefas desempenhadas por cada membro nesta rotina, as dificuldades enfrentadas mediante o adoecimento psíquico de um dos membros e as informações recebidas a este respeito.

Enquanto a "história de vida" permanece centrada no relato de impressões e subjetividades, sempre em busca de captar, de modo mais livre, o sentido que as experiências vivenciadas pelo sujeito apresentam segundo o seu próprio ponto de vista, a "história de vida temática" compromete-se com o esclarecimento ou com a opinião do entrevistado sobre um determinado evento. No caso deste estudo, a temática de interesse relacionava-se aos cuidados prestados, pelo entrevistado, ao familiar assistido pelo CAPS.

Forma de análise de dados

De modo sintético, podemos dizer que a análise das entrevistas foi orientada por meio de algumas etapas, embasadas no que descrevem Biasoli-Alves e Dias da Silva (1992) a respeito da apreensão de temas no conjunto das entrevistas efetuadas pelo pesquisador:

- *Leitura exaustiva e repetida* das entrevistas, para apreensão de idéias centrais e momentos-chave quanto ao tema, tendo como pano de fundo os dados complementares;
- *Identificação de temas*, inicialmente, em cada entrevista e, depois, no conjunto de entrevistas, para a formação de categorias centrais;
- *Sistematização de categorias centrais* como fruto de constante movimento entre os dados, a abordagem conceitual e a literatura, até a composição de um quadro significativo de análise;
- *Redação final da análise* dos dados visando vinculação com a realidade de modo que os indicativos do trabalho de pesquisa possam vir a embasar reflexões sobre a prática profissional na área.

Esses passos permitiram a formação das categorias de análise. O presente artigo propõe-se a discutir parte do material referente à categoria "*concepções dos cuidadores a respeito da doença mental e os cuidados requeridos*", mais especificamente o subtema "sofrimento mental em familiares segundo a percepção dos cuidadores".

Procedimentos éticos

O estudo teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da realização das entrevistas e, como forma de garantir o sigilo quanto à identificação dos participantes, os nomes dos participantes ou aqueles que foram citados nas entrevistas foram alterados.

Antes do contato com o cuidador, o usuário foi sempre informado, pela equipe do CAPS, sobre o desenvolvimento da pesquisa, tendo sido verificada a existência de alguma restrição de sua parte. Embora o usuário não seja um sujeito da pesquisa, e o roteiro não investigue diretamente aspectos a seu respeito, sua pessoa não deixa de estar presente de forma importante nos relatos, portanto a atitude de informar o usuário sobre o projeto fundamenta-se no respeito ao mesmo.

Resultados

Breve caracterização dos entrevistados

Do total de nove cuidadores entrevistados (Tabela 1), oito eram mulheres (seis mães, uma avó e uma irmã de usuários do CAPS), a maior parte entre sessenta e oitenta anos, ensino fundamental incompleto, viúvas ou casadas, exerciam atividades relacionadas às tarefas manuais e ao lar, e pertenciam a diferentes religiões. O único homem entrevistado era pai de um usuário, tinha 76 anos, era casado, católico, ensino fundamental incompleto, exercera profissão de pedreiro e encontrava-se aposentado.

A renda familiar declarada pelos entrevistados, suas condições de moradia e de vida permitem classificá-los como pertencentes às "camadas populares", expressão que, segundo Romanelli (1997), designa a população cujas condições de vida são precárias e niveladas pela pobreza, ou seja, a renda é reduzida, a moradia e o transporte são precários, o atendimento médico e o saneamento básico são deficientes.

As histórias de vida dos cuidadores entrevistados apresentaram alguns pontos em comum que merecem destaque: de origem rural, a maior parte dos entrevistados passou a residir na zona urbana apenas após o casamento. Suas lembranças a respeito da infância e mocidade são marcadas pela tenra inserção no mundo do trabalho, seja no apoio às tarefas de manutenção do lar, no caso das mulheres, seja no auxílio à manutenção da propriedade rural, no caso do cuidador entrevistado. Foi o trabalho

também a marca assinalada pelos entrevistados ao longo da vida: o nascimento dos filhos, somado às dificuldades financeiras, moldaram um dia-a-dia baseado no exercício de múltiplas tarefas, seja no caso de mulheres que buscaram a inserção no mercado de trabalho para auxiliar na composição da renda mensal e continuaram a exercer as tarefas domésticas, seja no caso daquelas que se mantiveram apenas no ancoramento da família, permitindo que o marido estivesse voltado apenas para as atividades geradoras de renda.

Tabela 1. Dados de caracterização dos cuidadores entrevistados.

Cuidador	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Ocupação atual	Religião	Parentesco com usuário
Úrsula	F	60	Viúva	Analfabeta	Trabalhadora rural	Do lar	Evangélica	Mãe
Dulce	F	77	Viúva	Fundamental incompleto	Doméstica/serviços gerais	Aposentada	Evangélica	Mãe
Teresa	F	70	Viúva	Fundamental incompleto	Do lar	Do lar	Católica	Mãe
Catarina	F	80	Viúva	Analfabeta	Do lar	Do lar	Católica	Mãe
Cíntia	F	70	Casada	Analfabeta	Do lar	Do lar	Católica	Mãe
Sérgio	M	76	Casado	Fundamental incompleto	Pedreiro	Aposentado	Católico	Pai
Selena	F	60	Casada	Fundamental incompleto	Do lar	Do lar	Evangélica	Mãe
Olga	F	60	Casada	Fundamental incompleto	Doméstica	Vigia	Evangélica	Avó
Noêmia	F	28	Casada	Médio completo	Balconista	Do lar	Espírita	Irmã

Análise de entrevistas

Familiares com histórico de sofrimento psíquico

As entrevistas revelaram que, dos nove cuidadores entrevistados, seis possuíam familiares (filhos, marido, netos, irmãs), que enfrentaram ou ainda enfrentavam, à data da coleta, situações descritas como depressão, nervoso, desgaste emocional e ideação suicida (Tabela 2).

Tabela 2. Familiares dos cuidadores entrevistados com problemas de saúde mental e tipo de ajuda procurada.

Cuidador	Outros familiares com problemas	Tipo de problema	Ajuda procurada
Úrsula	-	-	-
Dulce	Cuidador Filho primogênito Filho do meio	Ideação suicida Depressão Depressão	Todos passaram por tratamento psiquiátrico/medicamentoso
Teresa	-	-	-
Catarina	Filho primogênito	Depressão, nervoso	Tratamento psiquiátrico/medicamentoso
Cíntia	Cuidador	Nervoso	-
Sérgio	-	-	-
Selena	Cuidador Marido Filha primogênita	Nervoso aumenta pressão arterial Depressão Depressão	Cuidadora usa calmante para dormir. Marido e filha fazem tratamento psiquiátrico/medicamentoso
Olga	Cuidador Neto	Ideação suicida e ingestão esporádica de álcool Doente, nervoso e agressivo	A cuidadora recebeu ajuda pelas orações, tendo, então, mudado de religião O neto foi internado em hospital psiquiátrico
Noêmia	Irmãs que foram cuidadoras do usuário	Depressão, nervoso, desgaste emocional	Tratamento medicamentoso

O sofrimento psíquico dos familiares encontrava-se, em alguns casos, ligado à sobrecarga pelo cuidado exercido e, em outros, era independente ou anterior à atividade de cuidar.

A) Sofrimento psíquico ligado à sobrecarga

Nestes casos, os familiares com histórico de sofrimento psíquico exerciam tarefas de cuidado no dia-a-dia do usuário, no geral, auxiliando o entrevistado, que solicitava a realização de algumas atividades, como acompanhar o usuário ao médico ou pagar contas da casa. O sofrimento gerado pelo exercício do cuidado pode ser ilustrado pelo relato de Noêmia. Nos momentos em que o irmão de Noêmia encontrava-se em crise, e requeria cuidados mais intensos, esta acionava as duas irmãs, solicitando que elas observassem o rapaz, de modo que não fugisse de casa ou tentasse suicídio. As duas irmãs de Noêmia revezavam-se neste cuidado auxiliar e apresentaram, segundo a entrevistada, sintomas de nervoso, depressão e desgaste emocional (Tabela 2) em decorrência destas atividades. Os cuidados prestados pelas irmãs foram interrompidos e houve procura por ajuda médica para lidar com a situação.

O cuidado direto (cuidar da alimentação, da vestimenta, da medicação) era sempre exercido pelo entrevistado que, em alguns casos, também apresentava sofrimento psíquico referente à sobrecarga. Dentre os familiares que passaram por sofrimento mental incluem-se algumas das entrevistadas (Tabela 2): Dulce, Cíntia, Selena e Olga.

B) Sofrimento psíquico não relacionado ou anterior à sobrecarga

Em outros casos, como os relatados por Dulce, Catarina e Selena (Tabela 2), o sofrimento de familiares não estava relacionado à sobrecarga no cuidar do usuário do CAPS. Suas histórias retrataram situações por elas caracterizadas como "depressão", que teria atingido filhos e/ou marido e haviam-se somado às dificuldades financeiras vividas no dia-a-dia. No caso de Selena, os episódios ocorreram em paralelo com o cuidado exercido junto à filha, usuária do CAPS, e requisitaram que a entrevistada assumisse mais uma responsabilidade em seu dia-a-dia, cuidar do marido que adoecera. Além das dificuldades financeiras enfrentadas pela família de Selena e da doença da filha, atendida no CAPS, dois outros filhos envolveram-se com a venda de drogas e a polícia, com frequência, ia à sua casa, o que teria desencadeado a depressão da qual, até o momento da entrevista, sofria seu marido, quadro que requisitava os cuidados da esposa: "É por causa de taaaanta... assim, nervoso, dos filhos, aquelas policial, aquelas coisa... quando eles vinha, eles vinha com tudo e a gente sustava... e ele [marido] começou a ficar doente". (Selena)

C) Sofrimento psíquico em cuidadores

Dentre os familiares que passaram por sofrimento mental incluem-se algumas das entrevistadas (Tabela 2): Dulce, Cíntia, Selena e Olga. Em determinados relatos, como de Dulce e Olga, é possível observar, em certas fases de suas vidas, episódios de sofrimento intenso, inclusive com ideação suicida:

Aí um dia eu... estava muito doente, sabe? Muuuuito nervosa, estava muito nervosa. [...] eu gostaria, sempre gostava de ficar em lugar escuro, eu tinha muito medo. [...] eu tinha vontade de me matar. [...] Num sei por que que... eu não sei por que isso entrava no meu pensamento, deu tirar minha própria vida! (Olga)

O sofrimento apresentado por estas duas cuidadoras é anterior à doença do usuário. Remonta à época em que seus filhos ainda eram crianças. Dulce trabalhava para sustentar o marido e os filhos pequenos, e Olga fazia uso de bebida alcoólica, tendo também filhos menores de 18 anos.

Procura por ajuda: tratamento médico, uso de medicação e religião

A busca por ajuda médica e o uso de medicação psiquiátrica esteve presente em todos os casos de familiares que enfrentaram situações de sofrimento psíquico (Tabela 2). Esta prática é tida como eficaz e necessária de acordo com o entrevistado.

A medicação esteve presente em todos os relatos, desde quadros de "nervoso" ou depressão até aqueles onde era freqüente a ideação suicida (Tabela 2). Alguns relatos revelaram que o familiar procurou ajuda em tratamento psiquiátrico de tipo ambulatorial/medicamentoso e a internação psiquiátrica chegou a ser indicada, em alguns casos, e a ocorrer, em outros, quando aparecia relacionada a agressividade.

O uso de “calmante” se fez presente para eliminar o “nervoso”, fruto dos dissabores do cotidiano e/ou do desgaste desencadeado pelo auxílio ao cuidado com o usuário. Assim, as causas para o problema são variadas e podem envolver uma somatória de acontecimentos que, por provocarem muita tensão, são identificados como desencadeadores do mesmo.

A procura por tratamento médico encontrava-se vinculada à existência de serviço de saúde mental nas proximidades da residência do familiar, bem como estava de acordo com sua “crença religiosa”. Assim, para um fiel evangélico, a ajuda recebida foram as orações proferidas durante um culto, na igreja que freqüentava, por meio do qual dá-se a expulsão do demônio, a razão do problema. Selena assim explica a situação:

Espiritual é uma doença que muitas das vezes o médico está ali lutando... lutando e não consegue. E muitas das vezes com uma oração, a enfermidade vai embora e você fica boa. É espiritual. [...] Nós tem que ter uma devoção com Deus, ou na católica, ou... na minha, evangélica. Mas tem que ter uma devoção. Colocar sempre Deus na frente e nós atrás. [...] Que a perturbação muitas das vezes, não é, não vem tanto da doença, vem do, do lado do maligno! [...] Maligno é o lado diabólico de... de... você sabe. (Selena)

Capacidade de exercer trabalho: marco divisor entre sofrimento dos familiares e do usuário do CAPS

Os relatos sobre a presença de desconforto psíquico em familiares, mesmo que constante ou intenso, classificavam-no como de menor gravidade que o sofrimento apresentado pelo usuário do CAPS. Era a manutenção do indivíduo no trabalho, do qual tirava seu sustento, que diferenciava o tipo de sofrimento apresentado por familiares e usuários do CAPS: enquanto os demais familiares, mesmo em sofrimento psíquico, haviam dado continuidade às atividades das quais retiravam seu sustento, nenhum dos usuários do CAPS trabalhava no momento de realização das entrevistas. Aqueles usuários que haviam exercido uma atividade remunerada, haviam-na abandonado mediante o aparecimento da doença. Em alguns casos, segundo o relato do cuidador, o usuário poderia ter adoecido em virtude do trabalho (em excesso ou por sua falta), e a impossibilidade de a ele retornar demarcava a existência da doença. Enquanto “nervosos” ou “deprimidos”, os demais familiares, pela manutenção do vínculo de trabalho, eram vistos como portadores de um sofrimento de menor gravidade, se comparado ao do usuário, ceifado em sua possibilidade de exercer trabalho.

Catarina utiliza o trabalho para comparar as situações vividas pelo filho primogênito, que teria sofrido de depressão, e Jesus, usuário do CAPS:

Diferente. Depressão, [o primogênito] tem depressão, muita, muito problema, né? Que nem o Jesus [usuário do CAPS], não tem, não. [...] [Jesus] Ficava nervoso, né, que dava nervoso, chorava. [...] Mas ele [primogênito] ia trabalhar a mesma coisa. [...] [O Jesus] não voltou mais nem mais pra trabalhar. (Catarina)

Também Olga tece suas considerações sobre o exercício do trabalho como marca da gravidade do sofrimento psíquico: “Ele pensava normal, tudo normal! [...] Ah, ele trabalhava de serviço... assim, servente de pedreiro [...] Mas depois que ele largou... Começou já ficar nervoso, já começou, sabe, falar, falar sozinho...” (Olga, falando do outro neto, irmão do usuário do CAPS).

Na visão dos entrevistados, os familiares que passaram por problemas de saúde mental tendiam a aceitar mais facilmente alguns comportamentos do usuário, os quais freqüentemente incomodavam o cuidador e/ou componentes do grupo. Certa solidariedade entre os familiares e o usuário era criada pela vivência de situações de sofrimento psíquico.

Discussão

As explicações fornecidas pelos cuidadores a respeito do sofrimento mental em familiares transitaram entre o universo científico, com o emprego de termos médicos e a busca por atendimento psiquiátrico, e o universo cultural das famílias, pertencentes às camadas populares, cujos indicativos são o uso da expressão nervoso/nervosismo, a importância do trabalho como sinal de saúde do indivíduo, e a crença religiosa do cuidador.

Essas diferentes explicações, no entanto, ao coexistirem, não demarcariam uma contradição. Como aponta Minayo (1998), dentre as camadas populares, às quais pertencem os entrevistados, a concepção de saúde e de doença é ampla, e várias podem ser as formas aceitas de explicação. Assim sendo, não haveria qualquer contradição entre ir ao médico e procurar outros tipos de auxílio, como aqueles advindos da religião seguida (Minayo, 1998). Haveria um trânsito possível ao enfermo ou seus familiares em busca da compreensão de sua doença e de como poderia ocorrer a cura. Diferentes modelos etiológicos e terapêuticos podem ser acionados no caminho de busca por compreender de que se sofre e como ser curado (Romanelli, 1997).

A concepção dominante de saúde e doença em nossa sociedade pressupõe algo organicamente localizado, a ser tratado por remédios, por cirurgias, ou seja, é a reprodução do modelo biomédico de saúde (Oliveira, 1998); e, neste sentido, vale a pena destacar as descrições feitas pelos cuidadores sobre o problema e embasadas na existência de uma localização física da doença psiquiátrica. A este respeito, Minayo (1998) destaca que, ao falar sobre suas doenças, as camadas populares abordariam, em realidade, uma série de episódios vividos em seu dia-a-dia, que extrapolam a visão biomédica predominante entre os profissionais de saúde. Como resposta, muitos desses profissionais assinalariam a inadequação da forma empregada pelos pacientes para relatarem o que sentem e do que sofrem. Mais interessante seria olhar pelo prisma apontado pela autora, que avalia que, em muitos casos, a linguagem própria empregada pelas camadas populares questionaria o saber médico, por retratar situações que extrapolam o sujeito biofisiológico.

É importante ainda que alguns trechos das entrevistas trazem à tona a noção de que, aos olhos do cuidador, a explicação dos médicos sobre formas de funcionamento mental não satisfazem a necessidade do familiar em compreender aquilo que está acontecendo com aquele de quem cuida. Como o entendimento perpassa pela idéia de *concretude*, as explicações sobre o dinamismo mental, e, ainda, aquelas que comportam termos técnicos, de psicopatologia, estão muito distantes do universo compartilhado pelos entrevistados. Isto não significa que os familiares tenham uma gama limitada de compreensão sobre o fenômeno, que não sejam capazes de compreender o que lhes é comunicado; apenas que do modo como isto é feito, com os termos utilizados, não se consegue atingir o seu modo de se relacionar com a doença.

O termo usado para explicar o quadro apresentado pelo usuário e os demais familiares pode ser o mesmo ("nervoso", "depressão"), o remédio ingerido também, assim como um médico que prescreva a receita, mas a gravidade do problema parece demarcar a diferença: apenas o usuário deixou de ou não chegou a trabalhar.

Na literatura, o "nervoso" aparece relacionado ao trabalho e ao surgimento de doenças entre a população pertencente às camadas populares. Na fala dos cuidadores, o termo foi usado com referência à incidência de crise do usuário, a situações onde alguns sintomas dos usuários permanecem de modo mais crônico, ou a outras situações de tensão entre os familiares. Desta forma, em alguns casos, o nervoso não aparece como uma situação desencadeada por determinados fatos, mas como um *estado permanente*, que acompanha o indivíduo, e encontra-se aparentemente relacionado à tensão que toma parte de seu cotidiano (Cardoso, 1999; Traverso, Medeiros, 2004). Estar ou ter a cabeça fraca, dentro do quadro de "nervosismo", seria um estado de perturbação maior, que afeta o desempenho das funções. Na escala hierárquica do "nervoso", a loucura seria o maior grau. Se ela escapa ao controle terapêutico e social, ocorre a preferência pelo medicamento psicotrópico (calmante para uso regular) em detrimento de recursos terapêuticos do "conversar" (Cardoso, 1999).

Tido como causa da doença de alguns usuários do CAPS (pelo excesso em seu exercício ou por abandono/interrupção abrupta), o trabalho é também a linha tênue que separa a gravidade do

sofrimento mental: de um lado, estariam os familiares que vivenciaram situações menos graves, como nervosismo e depressão, e de outro, os familiares que realizavam tratamento no CAPS, e que precisavam de cuidados médicos contínuos. A menor gravidade do quadro apresentado pelos familiares que não se tratavam no CAPS repousava no não-abandono do trabalho. Continuar trabalhando, mesmo nos momentos de nervoso e depressão, era sinal de que se tratava de um problema menos grave, pois se encontrava preservada a capacidade de dedicar-se ao trabalho. O exercício do trabalho também era um indicativo de maiores condições de saúde por parte dos usuários do CAPS, pois, de acordo com os entrevistados, o início de atividade de trabalho, mesmo que em oficina protegida, era sinal de melhora, de possibilidade de cura da doença mental.

Para as camadas populares, a doença implicaria a impossibilidade de trabalhar, de realizar afazeres rotineiros, denotando que a concepção de saúde e doença está relacionada à atividade física e capacidade para o trabalho. A doença aparece relacionada ao não-trabalho ou à não-atividade, já que, para esta parte da população, o corpo é feito para produzir. Quem adoece é visto como improdutivo, pois a concepção de doença, entre as camadas populares, é entrecortada pela noção físico-moral de que o fato de não trabalhar associa-se ao estar "fraco" (Campos, Soares, 2005; Oliveira, 1998; Minayo, 1997).

Uma outra particularidade pode ser considerada como relevante para a compreensão da doença, segundo os cuidadores: a religião. Dentre os entrevistados que freqüentavam igrejas evangélicas e centro espírita, o entendimento sobre o problema do usuário transitava entre a fé religiosa, a importância do trabalho (condições de vida da pessoa) e a constância em consultas médicas ou freqüência junto ao CAPS para o uso correto da medicação (seja para retirar uma receita, seja para receber gratuitamente o remédio), cuja supervisão será sempre realizada, no lar, pelo cuidador.

A importância da medicação apareceu em todas as entrevistas, entrecortando todas as formas de compreensão sobre maneiras de controlar ou curar a doença: o remédio é colocado como imprescindível para todos os tipos de tratamento realizados, seja médico ou religioso/espiritual. Se, em alguns momentos, o uso indevido da medicação foi visto como prejudicial ao bem-estar do usuário, em outros, a suspensão foi percebida de modo ameaçador, podendo fazer vir à tona os sintomas indesejados pela família.

Carvalho e Dimenstein (2004), ao discutirem o consumo de medicamentos ansiolíticos por mulheres em centros de saúde, ressaltam o impacto desta prática em nossa realidade, tendo em vista seu uso como recurso único de tratamento por um número significativo de pessoas que tem acesso apenas a esta forma de atendimento, pautada em consulta médica seguida de prescrição de receita, isto é, fundamentada numa compreensão de saúde limitada, que se arma da medicação como ferramenta principal.

Os cuidadores entrevistados descreveram a presença de sofrimento mental não apenas no usuário do CAPS, mas também na trajetória de outros familiares, incluindo, em alguns casos, os cuidadores. A presença de sofrimento mental associado à sobrecarga advinda da tarefa de cuidar, exercida por familiares de usuários do CAPS, coloca em foco a presença central do cuidador principal não apenas como suporte ao usuário, mas também ao seu grupo familiar. Geralmente exercido por mulheres, o cuidado ao usuário era uma das atividades pelas quais o entrevistado era responsável. A esta tarefa somavam-se inúmeras outras, como o cuidado com netos, liberando os pais dos mesmos para exercer trabalho, o cuidado com outros familiares adoecidos, a limpeza e organização do lar.

Na medida em que às dificuldades ou agruras do dia-a-dia somam-se episódios de sofrimento psíquico vividos pelas próprias cuidadoras, coloca-se em risco o principal suporte do usuário do CAPS. A presença da mulher como principal fonte de cuidados ao usuário de serviços de saúde mental já foi largamente apontada pela literatura (Pegoraro, Caldana, 2006; Campos, Soares, 2005; Lowyck et al., 2004; Lauber et al., 2003; Pereira, 2003; Rosa, 2003). No caso das famílias dos entrevistados, a situação de pobreza cotidiana implicava a somatória de dificuldades que iam muito além da convivência com o portador de doença mental, que, por si só, já pode ser vista como um fardo.

Além dos cuidados requeridos pelo usuário do CAPS e as demais tarefas cotidianas sob sua responsabilidade, alguns cuidadores depararam-se, ainda, com a ocorrência de sofrimento psíquico em familiares que lhes serviam de apoio nos cuidados para com o usuário. Não raro o entrevistado tornou-se também referência para o cuidado deste outro familiar em sofrimento psíquico (marido, filhos, irmãs), assumindo uma maior carga de atividades.

Quando o familiar em sofrimento mental era o próprio cuidador, o registro dessa ocorrência em período anterior à sobrecarga assinala, aos profissionais de saúde mental, a necessidade de um acompanhamento contínuo e próximo do dia-a-dia do cuidador. Com históricos de sofrimento mental descritos como "nervoso", depressão ou ideação suicida, os cuidadores, sobretudo aqueles com idade avançada, representam uma clientela, ao menos, indireta dos serviços de saúde mental.

A presença de sobrecarga, por si só, transformaria a família em cliente direto dos serviços públicos de saúde mental, merecedora de suporte para o enfrentamento de suas dificuldades (Campos, Soares, 2005; Rosa, 2005). O papel da equipe não pode centrar-se apenas na atenção ao usuário, e desligar-se da necessidade de apoio ao cuidador, cujas ações permitem a manutenção do usuário em atendimento em um serviço extra-hospitalar. O relato dos cuidadores a respeito de ocorrência de sofrimento mental em suas vidas, independente e anterior à sobrecarga, reafirma a posição da família como merecedora de atenção direta dos serviços, para que, identificada uma dificuldade maior, possa ocorrer o atendimento ou encaminhamento para o cuidado formal a este familiar.

Rosa (2005) aponta que as famílias mais pobres, como aquelas participantes deste estudo, e, em especial, os cuidadores apresentam-se aos serviços de saúde mental com uma bagagem que vai além da crise psiquiátrica: carregam as dificuldades da convivência com a doença mental vulnerabilizadas pelo seu contexto de vida, permeado pela pobreza e, quando não, pela exclusão social. Ao profissional de saúde, este momento de fragilidade deve ser visto como potencial para identificar a existência da rede de suporte social que ampare esta família ou não, bem como de sua dinâmica interna. Discurso recorrente por parte dos profissionais de saúde envolveria afirmações taxativas quanto à desorganização das famílias de camadas de baixa renda, sem a preocupação de conhecer seu cotidiano e seus recursos emocionais e financeiros para o exercício do cuidado. Não conseguindo a sua subsistência, esta população teria poucas condições para encarregar-se de um cuidado domiciliar de parentes que, além de não gerarem renda, demandam cuidados especiais.

A vulnerabilidade das famílias mais desfavorecidas que se responsabilizam por indivíduo adulto, improdutivo e que requer cuidados, em alguns casos constantes, não é discussão nova em nosso meio. Em 1993, Tsu já apontava para esta situação. Se à situação de vulnerabilidade não se somarem ações por parte dos profissionais de saúde, coloca-se em risco a intenção de desinstitucionalização da saúde mental no país, pois a família pode compreender que o usuário é mais um encargo com o qual deve lidar. O já clássico livro de Tsu (1993) relaciona os encargos emocionais e materiais com os cuidados aos usuários de famílias menos abastadas às solicitações dos familiares pela internação, como forma de divisão de encargos pelo paciente com o Estado.

É imprescindível que as equipes investiguem as concepções dos familiares sobre a saúde, a doença e seu tratamento, bem como seu contexto e condições de vida, para então informar a respeito do que se fizer necessário sobre o quadro, de modo a possibilitar que cada família elabore/encontre estratégias de convivência com o portador de sofrimento mental, especialmente em momentos em que encontra-se em crise.

Considerações finais

O atual panorama da atenção à saúde mental no Brasil traz à tona a posição da família na prestação de cuidados informais aos usuários de serviços extra-hospitalares. As famílias investigadas neste estudo, com base nos relatos dos familiares designados como principais cuidadores de usuários de um CAPS do interior paulista, apresentam dois importantes pontos de vulnerabilidade e que devem ser considerados pelas equipes de saúde mental. O primeiro ponto é a presença de sofrimento mental não apenas no usuário, mas também na trajetória de vida de outros familiares, incluindo-se, em alguns casos, o próprio cuidador. O segundo aspecto refere-se às dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias ao longo de sua trajetória, que podem interferir na prestação de cuidados.

Algumas situações de sofrimento psíquico presente nos familiares, e relatadas pelos cuidadores, teriam sido desencadeadas pela sobrecarga gerada pelo apoio no cuidado prestado ao usuário do CAPS. A presença de sofrimento mental em outros membros da família pode implicar mais sobrecarga para o

cuidador, que tende a assumir, por estas pessoas, além das atividades cotidianas, a responsabilidade pelo usuário do CAPS.

A idade elevada da maior parte dos cuidadores, a presença de outros familiares com histórico de sofrimento psíquico e o uso de medicação psicotrópica por familiares e cuidadores podem ser tomados como indicativo da necessidade de intervenção das equipes de saúde junto às famílias, de forma a conhecer seu cotidiano e fornecer o suporte adequado. Os relatos dos cuidadores expõem a necessidade de atenção e intervenção, por parte das equipes de saúde, sobre a família do usuário a que atendem, de modo a também incluí-la no tratamento.

A investigação das histórias de vida dos cuidadores permite-nos lançar um olhar não apenas para a clientela direta (usuário) e indireta (familiares/rede social) dos serviços de saúde mental, mas, também, por meio da reflexão, contribuir para a ampliação da visão dos profissionais a respeito da maneira como a clientela entende e lida com o sofrimento psíquico.

Estratégias adequadas de atenção a estas famílias e aos usuários devem levar em conta a compreensão dessa clientela sobre a doença mental. As entrevistas aqui expostas apontaram para a centralidade do trabalho na vida dos cuidadores, permeando suas explicações a respeito do adoecimento mental, bem como sinalizando a possibilidade de cura do usuário. Apontamos, assim, para a importância do conhecimento do contexto de vida da clientela e seus cuidadores, por parte das equipes de saúde. São pessoas excluídas de um universo cultural, do qual fazem parte os profissionais que as atendem. No entanto, a partir do momento em que se passe a considerar a realidade na qual se inserem familiares e usuários, será possível, de modo mais efetivo, tanto transmitir as informações que as equipes julgam necessárias quanto traçar estratégias de atenção às famílias, importante recurso para o enfrentamento do sofrimento mental.

Referências

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. **Cah. Int. Sociol.**, v.69, p.197-225, 1980.

BIASOLI-ALVES, Z.M.; DIAS DA SILVA, M.H.G.F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, n.2, p.61-9, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004. p.125-36.

_____. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2002. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CALDANA, R.H.L. **Ser criança no início do século: alguns retratos e suas lições**. 1998. Tese (Doutorado) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 1998.

CAMPOS, P.H.F.; SOARES, C.B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. Rev.**, v.11, n.18, p.219-37, 2005.

CARDOSO, M. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: Fapesp/EdUFSCar, 1999.

- CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estud. Psicol.**, v.9, n.1, p.121-9, 2004.
- CESARINO, A.C. Hospital-dia "A Casa": conversando sobre dez anos de experiência. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. v.1. p.33-45.
- DEMARTINI, Z.B.F. Trabalhando com relatos orais: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa. In: LANG, A.B.S.G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: CERU, 1992. p.42-60.
- FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 1998. p.11-5.
- FUREGATO, A.R.F. et al. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto & Contexto Enferm.**, v.11, n.3, p.51-6, 2002.
- GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos com o cuidado do doente mental na família. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.9, n.2, p.48-55, 2001.
- KING, S. et al. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. **Psychiatry Res.**, n.117, p.211-22, 2003.
- LAUBER, C. et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **Eur. Psychiatry**, n.18, p.285-9, 2003.
- LOWYCK, B. et al. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. **Eur. Psychiatry**, n.19, p.395-401, 2004.
- LUIS, M.V.; MARGIOTTE, M.S.; SANTOS, D.S.P. Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes de um distúrbio mental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.10, n.1, p.52-9, 1989.
- MAGLIANO, L. et al. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. **Soc. Sci. Med.**, v.61, p.313-22, 2005.
- MAURÁS, M.; KAYAYAN, A. Apresentação. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 1998. p.9-10.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2002.
- MINAYO, M.C.S. Representações da cura no catolicismo popular. In: MINAYO, M.C.S.; ALVES, P.C. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.57-71.
- _____. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.31-9.
- OLIVEIRA, F.J.A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.81-94.
- OLIVEIRA, R.M.O.; LOYOLA, M.C. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Sci. Health Sci.**, v.26, n.1, p.213-22, 2004.
- OSINAGA, V.L.M. **Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.
- PEGORARO, R.F. **Famíliares que cuidam de portadores de sofrimento mental: histórias de dor, vidas de sofrimento**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

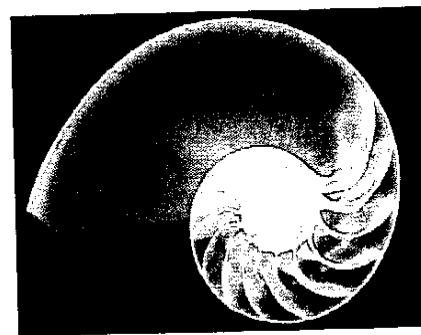
- PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. Estud.**, v.11, n.3, p.569-77, 2006.
- PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.7, n.12, p.71-82, 2003.
- PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Cienc. Enferm.**, v.10, n.1, p.67-77, 2004.
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do "indizível ao dizível". **Cienc. Cult.**, v.39, n.3, p.272-86, 1987.
- ROMANELLI, G. Políticas de saúde e famílias de classes populares. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 13., 1997, Caxambu. **Palestra...** Caxambu, 1997.
- ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol. Rev.**, v.11, n.18, p.205-18, 2005.
- _____. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- ROSE, L.E.; MALLINSON, R.K.; GERSON, L.D. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v.20, n.1, p.41-51, 2006.
- TRAVERSO, M.Y.; MEDEIROS, L.F. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Interações**, v.9, n.18, p.87-108, 2004.
- TSU, T. **A internação e o drama das famílias.** São Paulo: Edusp/Vetor, 1993.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sufrimiento psíquico en familiares de usuarios de un Centro de Atención Psico-social. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.

Se investiga el sufrimiento en familiares de usuarios de un Centro de Atención Psico-social del interior del estado de São Paulo, Brasil. Participaron del estudio nueve familiares identificados como cuidadores de dichos usuarios, en su mayoría del sexo femenino, con edades entre 60 y 76 años y pertenecientes a las camadas populares. Se utilizó un guión de entrevistas semi-estructuradas, abordando el relato libre de la historia de vida del cuidador, el sentido atribuido al cuidado y el impacto de la enfermedad mental en el cotidiano de los entrevistados y familiares. El análisis temático de las entrevistas ha permitido la identificación del sufrimiento psíquico (nervioso y depresión) en familiares, incluso cuidadores, y la realización de tratamiento psiquiátrico con uso de ansiolíticos. La presencia de sufrimiento mental en familiares, además del usuario, puede implicar más sobrecarga para el cuidador en virtud del acumulamiento de tareas e indica la necesidad de atención e intervención junto a las familias por parte de los equipos de salud.

Palabras clave: Cuidadores. Estrés psicológico. Salud mental. Relaciones familiares.

Recebido em 19/09/06. Aprovado em 18/12/07.



A escuta sensível:

um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde

Elio Grossman¹
Tania C. Araújo-Jorge²
Inesita S. Araújo³

GROSSMAN, E.; ARAÚJO-JORGE, T.C.; ARAÚJO, I.S. Sensitive listening: a study on the relationship between people and health environments. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.309-24, abr./jun. 2008.

This article presents results of studies on the relationship between people and health environments. It explicits what is said about the psychophysical aspects of those ambiances by directors and legislators by examining the laws and norms linked to the theme. On the other hand, client's perspectives are contemplated by listening to their voices in the workshop "Environment, Creativity and Joy", applied at Fiocruz's research laboratories. The results are data proceeding from workshop participants' perceptions on their work environments, gathered by testimonies and drawings. Such results demonstrate that the workshop can be an instrument of sensitive listening for designers and architects involved in projects involving construction and renovation of health ambiances.

Key words: Health. Design. Architecture. Communication. Envorinment.

O artigo apresenta resultados de estudos sobre o relacionamento entre as pessoas e os ambientes voltados para a saúde. Expõe o que se fala sobre os aspectos psicofisiológicos ou psicofísicos relativos a esses ambientes, pesquisando as vozes dos dirigentes e legisladores, por meio das leis e portarias ligadas ao tema na esfera federal, estadual e municipal e, por outro lado, escutando as vozes dos usuários por meio de uma oficina de trabalho intitulada "Espaço, Criação e Alegria", aplicada em laboratórios de pesquisa da Fiocruz. Os resultados são os dados provenientes da percepção dos participantes das oficinas sobre seus ambientes de trabalho, colhidos por meio de depoimentos e desenhos. Tais resultados demonstram que a oficina pode ser um instrumento de escuta sensível para designers e arquitetos envolvidos em projetos de obras e reformas de espaços destinados à saúde.

Palavras-chave: Saúde. Design. Arquitetura. Comunicação. Ambiente.

¹ Designer industrial. Doutorando, Setor de Inovações Educacionais, Laboratório de Biologia Celular, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Avenida Brasil, 4365 Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ - 21.040-900 elio@fiocruz.br

² Médica. Pesquisadora, Setor de Inovações Educacionais, Laboratório de Biologia Celular, IOC/Fiocruz.

³ Comunicadora social. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fiocruz.

Introdução

Os ambientes físicos destinados à saúde, de uma forma geral, carecem de um tratamento apropriado que permita que eles sejam reconhecidos como ambientes saudáveis. Uma das causas deste problema está na distância que existe entre as políticas públicas de saúde e a realidade dos trabalhadores e pacientes que são os usuários destes ambientes. Esta distância pode ser observada nas leis e portarias que norteiam os projetos de arquitetura e design dos ambientes de saúde e que expressam a visão do Estado sobre o assunto. Por outro lado, ouvir as críticas, as demandas e as sugestões dos usuários pode diminuir a mencionada distância e nos revelar dados importantes a serem incorporados nos projetos e, assim, contribuir para que os ambientes assumam a condição de ambientes promotores de saúde, isto é, de acordo com determinados princípios da promoção da saúde, tais como: a ampliação do conceito de saúde, o envolvimento de diferentes disciplinas e a participação dos atores no processo decisório (Grossman, Araújo, Araújo-Jorge, 2008; World Health Organization, 1998).

Para conhecer as duas faces do problema, entramos em contato com as vozes dos legisladores, por meio do levantamento e análise das leis, portarias e normas que regulam os ambientes físicos destinados à saúde. E para ouvir as vozes dos usuários, formatamos a oficina de trabalho denominada Espaço, Criação e Alegria, que foi aplicada em equipes multiprofissionais de laboratórios de pesquisa de uma instituição pública de Ciência, Tecnologia e Saúde, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), a mais antiga unidade de pesquisa da Fiocruz.

As atividades da Fiocruz incluem: desenvolvimento de pesquisas em saúde; prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais de referência em saúde; fabricação de vacinas, medicamentos, reagentes e kits de diagnóstico; ensino e formação de recursos humanos; informação e comunicação em saúde, ciência e tecnologia; e controle da qualidade de produtos e serviços. Tais atividades configuram os espaços físicos nos quais transcorrem, caracterizados como espaços de pesquisa, de atendimento, de terapias, de produção e educação. Nos laboratórios do IOC é desenvolvida a maior parte das atividades de pesquisas em saúde da Fiocruz, dedicadas ao estudo e à geração de produtos e insumos para diversas doenças. Além disso, por conta da excelência em pesquisa, o IOC presta serviços de diagnóstico de referência em âmbito regional e nacional e, nos laboratórios, também se realizam atividades educacionais para a formação de quadros em níveis de iniciação científica, de especialização, de mestrado e doutorado. Schramm (1960) fala das atividades que caracterizam os laboratórios: práticas de ensino; controle de experimentos; pesquisa e desenvolvimento; aplicações técnicas; e produção. Na maior parte dos laboratórios do IOC, encontramos todas essas atividades, muitas vezes localizando trabalho e educação basicamente no mesmo ambiente. A carência de estudos sobre esta área e a característica de riqueza de situações atraíram o interesse em nos concentrar nesse tipo de espaço físico.

O estudo do espaço e a sua relevância são bem assinalados quando Milton Santos (2006) se vale da expressão anglo-saxônica *place counts*, isto é, o lugar tem importância. Santos (2006) também nos fornece a noção de espaço como um conjunto indissociável de objetos e sistemas de ações, sendo que a principal forma de relação entre o homem e o meio é dada pela técnica. As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço. Utilizamos essas definições na descrição dos ambientes físicos de saúde e, em especial, na categorização dos laboratórios do IOC, nos quais focamos nosso estudo.

A questão do design de locais de trabalho saudáveis articulados com as necessidades de seus usuários que lá passam mais de 80% de seu tempo tem sido objeto de investigação e formulação teórica (Dilani, 2005; Ulrich, 1991), especialmente no que se refere a ambientes hospitalares. Mas, que saibamos, é inédito o foco no bem-estar dos trabalhadores de instituições de Ciência e Tecnologia, tal como abordamos nos laboratórios de pesquisa do IOC no presente trabalho.

Na perspectiva da nossa pesquisa, que tem como objetivo principal investigar a contribuição do designer para o bem-estar e a alegria dos usuários de ambientes de saúde, o artigo, primeiramente, apresenta sua metodologia baseada na análise dos textos legais sobre ambientes físicos de saúde e na análise dos dados provenientes da oficina de trabalho Espaço, Criação e Alegria. Nos resultados e discussão, expõem-se as vozes dos legisladores, em relatos sobre os aspectos psicofisiológicos dos ambientes para a saúde, e as vozes dos usuários dos ambientes laboratoriais.

Metodologia

Para entendermos melhor a realidade dos ambientes de saúde, mais especificamente dos laboratórios de pesquisa, optamos pela escuta das vozes de dois grupos que integram esse cenário, os legisladores e os usuários, que produzem diferentes olhares e discursos sobre a mesma situação. Suas falas ou textos configuram a produção, a circulação e o consumo de sentidos, e esse processo caracteriza um mercado simbólico. Trata-se, porém, de um mercado desigual, em que uns ocupam posições mais centrais e outros posições mais periféricas. Estas posições correspondem ao seu poder de *falar* do espaço público dos discursos sociais, portanto referem-se ao poder de constituir a realidade (Araújo, 2003; Bourdieu, 1989).

Vozes dos legisladores: os textos legais e sua análise

O que pensam os legisladores sobre os ambientes físicos para a saúde está expresso na vasta coleção de documentos de âmbito internacional, federal, estadual e municipal, no tocante ao ponto de vista dos direitos do cidadão, da segurança e medicina do trabalho e das políticas de saúde referentes ao planejamento e obras dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, inclusive os laboratórios de pesquisa. Buscamos referências internacionais em documentos da Organização Mundial da Saúde, e referências nacionais na Constituição Federal e em documentos setoriais dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, bem como normas estaduais, municipais e internas da Instituição em foco no estudo.

Pesquisar em documentos de políticas públicas num emaranhado de leis, resoluções e portarias é uma tarefa árdua que exige um bom mapa para chegarmos a algum lugar interessante. Para tanto, optamos por um método de pesquisa por meio de palavras-chave agrupadas por temas pertinentes ao nosso estudo, que descrevemos a seguir: 1 palavras referentes a reações humanas ou estados afetivos: alegria, riso, bem-estar, conforto, humor, emoção, sentimento, sensação; 2 palavras relativas a necessidades ou características humanas: mental, psíquica, psicofísica, psicofisiológica, humanização; 3 palavras referentes a elementos do mundo material: ambiente, ambiência, espaço físico, objeto, laboratório, projeto, arquitetura, design, ergonomia. Sempre que esses termos aparecem no texto, são colocados entre aspas simples, no sentido de destacá-los, por exemplo, 'bem-estar'.

Vozes dos usuários: a oficina Espaço, Criação e Alegria

A oficina de trabalho denominada Espaço, Criação e Alegria, descrita em detalhes em outra publicação (Grossman, Araújo-Jorge, Araújo, 2007), configura a proposta de um método de escuta diferenciado e sensível para ser utilizado com usuários de ambientes físicos de ensino e pesquisa em saúde em situações pré- ou pós-intervenções físicas nesses ambientes. O método nos dá acesso às vozes dos usuários e nos permite entrar em contato com discursos diversos sobre situações que revelam dificuldades dos ambientes públicos para se configurarem como ambientes promotores da saúde.

A proposta da oficina é trabalhar novos pensamentos e possibilidades de transformação do espaço físico por meio de exercícios práticos e reflexões sobre os aspectos afetivos relacionados ao ambiente e aos objetos, abordando temas como: localização espacial, formas de representação, funções e usos dos objetos. A oficina é conduzida por um mediador, apoiada por um monitor, possibilita a participação de até 15 pessoas e tem a duração de três horas sucessivas. Sua documentação é feita com a coleta dos desenhos produzidos, por meio do registro fotográfico e da gravação dos depoimentos dos participantes, com a devida autorização prévia de cada um.

Na dinâmica da oficina, o mediador faz uma breve introdução sobre seu objetivo e propõe que os participantes se apresentem dizendo seus nomes e atividades, suas cores e suas formas geométricas preferidas e, por fim, mencionem um objeto que gostam e um objeto que não gostam. Ao recordar e expressar suas preferências, os participantes trabalham aspectos de empatia com os objetos e suas qualidades, como cor e forma. As escolhas são anotadas num quadro e, ao final, todos tecem comentários sobre a sua própria escolha e sobre a escolha dos demais, estabelecendo naturalmente ligações entre os objetos escolhidos, seus ambientes e traços da personalidade de cada um.

Depois das discussões sobre as preferências pessoais, iniciam-se blocos de exercícios práticos sobre: 1

Simpatia ou antipatia no primeiro contato com o ambiente; 2 Localização espacial e dimensões do espaço; 3 Funções e usos dos objetos, com desafio de propostas de outros usos para os objetos; 4 Consciência do espaço em foco, com registro oral em gravação sobre o que costumam fazer nesse espaço, o que gostam e o que não gostam, o que gostariam que estivesse naquele ambiente, o que acham do tamanho daquele ambiente, o que acham da quantidade de objetos ali, o que acham das cores daquele ambiente e qual a melhor percebida, o que acham da iluminação e da temperatura, se os móveis utilizados são adequados para as suas necessidades (como sentar, apoiar, escrever, guardar, acessar), o que gostariam de fazer lá e não é possível, se o ambiente físico favorece as atividades desenvolvidas por eles, se acham que aquele ambiente facilita ou favorece o relacionamento entre as pessoas, se alguma coisa naquele ambiente lhes entristece, se acham alguma coisa engraçada ou se algo ali lhes faz sorrir, e se tiveram alguma participação na escolha dos elementos que compõem o ambiente.

Os questionários ou as entrevistas tradicionais nem sempre se mostram adequados para levantar aspectos referentes a emoções e sentimentos provocados por elementos físicos sobre os quais as pessoas não estão habituadas a opinar ou, de uma forma geral, não têm voz. Para tanto, é necessário um instrumento que sensibilize os participantes, trabalhe a afetividade e possibilite reflexões sobre o tema, para que eles possam se manifestar de uma forma mais envolvida com as suas experiências, com as suas emoções, com as experiências e as emoções dos demais e com o meio. A oficina cumpre essa missão: a escuta é sensível, o olhar é crítico e as informações colhidas devem ser bem interpretadas e traduzidas em dados utilizáveis no projeto, como alertam Latour e Woolgar (1997) sobre a utilização cega de fatos sobre a vida do laboratório.

A escolha dos laboratórios a serem estudados

Os laboratórios diferem por áreas temáticas, que abrangem desde o campo da biologia básica até o da biologia celular e molecular, e, também, por níveis de complexidade instrumental, contando com um fator que os diferencia fisicamente, que é uma maior ou menor utilização de equipamentos, o que configura laboratórios com maior ou menor uso técnico-instrumental. Santos (1996), ao investigar a questão da técnica como um meio ou como um espaço, cita Jacques Ellul, para quem a ordem criada pela técnica inclui o homem em um verdadeiro novo meio natural. Assumindo a importância da tecnologia, expressa em equipamentos, como elemento que configura fisicamente o espaço laboratorial, dividimos arbitrariamente os laboratórios em três categorias: de pequeno, médio ou grande uso instrumental, para que pudéssemos contemplar laboratórios dentro dessas três faixas. Optamos, então, por estudar quatro laboratórios representativos desses diferentes envoltórios técnico-instrumentais em seus objetos de investigação. Para facilitar, chamaremos os laboratórios de labs 1 a 4 (Tabela 1).

Os lab 1 e 2 são laboratórios de pequena atividade técnico-instrumental e estão localizados num mesmo prédio situado próximo do conjunto arquitetônico histórico da Fiocruz. Foi construído em 1937, originalmente para ser um biotério com características próprias desse tipo de utilização (Oliveira, 2003; Benchimol, 2001), e, posteriormente, adaptado para receber os laboratórios atuais; passou por algumas reformas que preservaram suas amplas salas, mas, no entanto, utilizaram elementos de acabamento muito padronizados, quase todos, na cor bege. Também, não alteraram uma característica da função original do prédio, que são as janelas altas posicionadas acima do campo de visão das pessoas. O lab 1 possui ao todo cinco salas e o lab 2 possui oito salas, aqui compreendidos os gabinetes individuais e as salas coletivas que possuem em torno de 24 metros quadrados cada uma. São ocupadas por uma média de quatro pessoas por sala e os equipamentos são quase que somente computadores, resultando num espaço razoável para cada pessoa.

O lab 3 é de médio uso técnico-instrumental e situa-se num prédio construído em 1958 para ser um hospital de pneumologia (Oliveira, 2003; Benchimol, 2001), que foi posteriormente adaptado para laboratórios. Dos laboratórios pesquisados, foi o que recebeu a reforma mais recente, isto é, em 2003. No entanto, mesmo contando com instalações novas e bem projetadas, carece de espaço para a quantidade de pessoas que nele trabalham. Possui uma sala de trabalho com 13 metros quadrados onde trabalham, em média, oito pessoas, além de bancadas, *freezers*, microscópios e computadores; e uma sala do tipo cabine de nível 3 de biossegurança, totalmente asséptica e sem contato com o exterior, com cerca de 12 metros quadrados, onde trabalham, em média, duas pessoas.

O lab 4 é de grande uso técnico-instrumental e está localizado num prédio originalmente construído para ser um hospital de doenças tropicais que foi adaptado, em 2000, para abrigar laboratórios. Possui seis salas para um total de 27 pessoas e muitas bancadas e equipamentos científicos. Em termos de ocupação do espaço físico, o laboratório 4 encontra-se no seu limite.

Tabela 1. Oficinas “Espaço, Criação e Alegria” realizadas nos laboratórios do IOC para a escuta sensível de opiniões e demandas dos usuários sobre a qualidade de seus espaços de trabalho e ensino.

Oficina #	Data	Laboratório	Nº de participantes	Uso técnico-instrumental	Area (m ² / pessoa)*	Atividades desenvolvidas
1	14/12/05	1	14	Pequeno	5,0	Pesquisa com abordagem ecológica-ambiental, trabalho de campo, educacional e social.
2	21/12/05	2	7	Pequeno	4,7	Pesquisa com abordagem ecológica-ambiental, trabalho de campo e social.
34	16/12/05 e 5/1/06	3	10	Médio	4,9	Pesquisa com organismo de alta patogenicidade e nível máximo de biossegurança, referência diagnóstica
5	11/8/06	4	8	Grande	3,7	Pesquisa com organismo de média patogenicidade, atividade em plataforma tecnológica multiusuário
Total			39			

* Levantamento feito na Comissão Interna de Biossegurança do IOC.

Resultados e discussão

Vozes dos legisladores: o que se fala sobre os aspectos psicofisiológicos dos ambientes para a saúde

A saúde no Brasil é uma moeda em que numa das faces observamos as políticas públicas formuladas e executadas pelo Estado, e, na outra face, vemos a realidade dos trabalhadores e pacientes da rede que compõe o sistema de saúde do país. Para entendermos esse sistema, é necessário olharmos para os dois lados dessa moeda e ouvirmos o que cada um tem a dizer.

Do ponto de vista dos direitos do cidadão, a Declaração de Alma-Ata, produzida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na antiga URSS em 1978, reafirma que “a saúde - estado de completo ‘bem-estar’ físico, ‘mental’ e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde” (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978). O conceito de saúde hoje adotado refere-se ao bem-estar não somente físico do indivíduo, mas também mental e social, devendo ser atingido em tarefa multissetorial e multidisciplinar que vai além do setor saúde. Mas avalia-se que o conceito de saúde não foi apreendido em toda sua complexidade socioeconômica, pois falta entender como outras áreas, tais como educação e trabalho, se relacionam com ele (Rivero, 2003).

A Constituição Brasileira de 1988 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que se destinem à redução de doença e de outros agravos e objetivem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A

Constituição Brasileira ainda trabalha com o conceito de saúde ligado a doença, mas inclui o acesso universal às ações e serviços de saúde. Define, no artigo 200º, que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho” (Brasil, 1988). Ao incluir o trabalho dentro do conceito de meio ambiente, conseqüentemente inclui o espaço físico.

O Ministério do Trabalho, nos aspectos de Segurança e Medicina do Trabalho, utiliza as Normas Regulamentadoras ou NRs (Brasil, 1978), entre as quais encontramos normas referentes a: Edificações, Riscos Ambientais, Ergonomia e Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Quanto aos riscos ambientais, as NRs consideram como tal “os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador” (Brasil, 1978). Estas normas falam somente de riscos físicos, apenas a NR-17, de Ergonomia, menciona características ‘psicofisiológicas’, ou seja, aquelas que são relativas à psicofisiologia, que é o estudo científico das relações entre a atividade fisiológica e o psiquismo.

A NR-17 basicamente “visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características ‘psicofisiológicas’ dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de ‘conforto’, segurança e desempenho eficiente” (Brasil, 1990). Ela inclui aspectos relacionados ao transporte de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos, às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constante - tais como salas de controle, ‘laboratórios’, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros -, são recomendadas condições de ‘conforto’, tais como: “parâmetros relativos aos níveis de ruído, índice de temperatura, velocidade do ar, umidade relativa do ar, iluminação adequada, natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade” (Brasil, 1990). No entanto, nada é falado sobre aspectos relativos ao sistema de cores, ao contato visual com o exterior, à privacidade e à interação coletiva.

Já a NR-32 estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Ela reúne e especifica as normas aplicáveis ao setor saúde, mas não menciona os fatores psíquicos ou emocionais, como o estresse ao qual os profissionais dessa área estão submetidos, seja por lidarem com elementos que envolvem elevados riscos a sua saúde ou por estarem em contato constante com a morte ou a busca de cura. “O estresse é um claro problema de saúde e segurança no trabalho, pois alguns estudos sugerem que cerca de 40% dos trabalhadores da saúde poderão ser negativamente afetados por ele” (Pisco, 2004, p.12).

No âmbito estadual, no Rio de Janeiro, encontramos a lei que estabelece as normas de prevenção das doenças e critérios de defesa da saúde dos trabalhadores em relação às atividades que possam desencadear lesões por esforços repetitivos - LER. As lesões são provocadas por atividades nos processos de trabalho, assim como de sua organização, que exigem do trabalhador a utilização repetitiva e continuada de grupos musculares, manutenção de posturas inadequadas, tensão psicológica decorrente do ritmo de trabalho e problemas relacionados aos postos de trabalho (Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, 1996). O interessante dessa lei, apesar de se restringir a LER, é que fala em tensão psicológica e condições de trabalho que podem ser causadoras de problemas não somente físicos como, também, psicológicos.

O documento que apresenta os fundamentos da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador propõe que esta possa “garantir que o trabalho [...] seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores sem prejuízo para sua saúde, integridade física e ‘mental’” (Brasil, 2004b). Nota-se que essa política procura ver o trabalhador nas suas características psicofísicas, e não somente físicas, como as políticas anteriores. O mesmo documento assume que a “diversidade e complexidade das condições e ‘ambientes’ de trabalho dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos, incluindo a definição da forma de intervenção do Estado nos ‘ambientes’ de trabalho para atenção à saúde” (Brasil, 2004b).

O HumanizaSUS, programa do Ministério da Saúde que define a Política Nacional de Humanização - PNH, afirma que “humanizar é, [...], ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços

tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos 'ambientes' de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (Brasil, 2004a). No documento, o termo 'humanização' tem 74 ocorrências e, apesar de empregado muitas vezes de forma vaga, é definido como "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Por isso, os valores que norteiam esta política do SUS são "a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão". Como um espaço físico agressivo e não acolhedor, comumente denominado de desumano, pode ser produzido por humanos e para humanos, com princípios e intenções contrárias à promoção da saúde, o mais preciso seria a utilização do conceito de "ambientes promotores da saúde" na elaboração dos espaços físicos de saúde (Cohen et al., 2007). É interessante notar que a PNH propõe "propiciar o financiamento de 'projetos' que melhorem a 'ambiência' dos serviços: salas de conversa, 'espaços' de 'conforto', mobília adequada, comunicação visual etc" (Brasil, 2004a).

Todos os espaços, mobiliário e demais equipamentos de assistência e pesquisa se encontram nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS, que são todas as edificações construídas, ampliadas ou reformadas cuja finalidade é abrigar atividades de saúde. Os instrumentos que regulamentam as obras relativas aos EAS são os códigos de obras municipais. No Código de Obras do Município do Rio de Janeiro (Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 1980) destacamos os aspectos relativos à iluminação e à ventilação, cujos vãos ou janelas devem ser dimensionados de acordo com cada tipo de utilização dos compartimentos, sendo 1/6 de sua área útil para compartimentos habitáveis e 1/8 para compartimentos não-habitáveis, tais como: salas de espera, copas, depósitos, vestiários e câmaras escuras. Para instituições públicas, esse é um ponto perigoso, uma vez que é comum a transformação desses compartimentos não-habitáveis em espaços de trabalho, em função da carência de espaço físico. Por outro lado, o código de obras não cita o posicionamento dos vãos ou janelas, fator que permite o contato visual das pessoas com o espaço externo, para identificarem o período do dia e o clima, e também poderem focar a visão em pontos externos ao ambiente de trabalho.

Atualmente, o regulamento técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde está na resolução RDC nº. 50, elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa resolução incorpora alguns conceitos de atenção aos usuários dos espaços físicos que abrigam atividades de saúde e orienta, sem especificar, que "deve-se proporcionar condições de 'conforto' e higiene ao paciente, ao doador, ao funcionário, ao aluno e ao público em geral em espaços de recepção, de espera, de guarda de pertences, de recreação, de descanso, de troca de roupa e de higiene pessoal" (Anvisa, 2002).

Especificamente sobre a construção de laboratórios, o documento em vigor é a norma NIT-DICLA 083 sobre Critérios Gerais para Competência de Laboratórios Clínicos (que não são necessariamente similares aos laboratórios de Pesquisa), elaborada pelo INMETRO (2001). Tal norma em relação às acomodações e condições ambientais diz que "o laboratório deve ter dimensões, construção e localização adequadas para atender às necessidades da realização dos exames" e "sua planta deve prever locais específicos para o desenvolvimento das diferentes atividades" (INMETRO, 2001). Nesta norma, não verificamos uma única palavra relativa ao conforto e ao bem-estar físico e mental dos profissionais que trabalham ou estudam nesses espaços laboratoriais.

Finalmente, cabe mencionar o Manual de Procedimentos para a Manipulação de Microorganismos Patogênicos e/ou Recombinantes na Fiocruz (Comissão Técnica de Biossegurança da Fiocruz, 2005), que é um guia prático de biossegurança para os laboratórios de pesquisa da instituição. O manual contém informações sobre os requisitos para o trabalho com agentes patogênicos, ou seja, cuidados durante a manipulação, adequação de área física, instalações, providências em casos de acidente e outras medidas preventivas. No que se refere à adequação da área física dos laboratórios, estão listados os requisitos de acordo com o nível de biossegurança, tais como: sinalização apropriada; acessos e barreiras aos laboratórios; lavatórios e vestiários; ventilação, pressão e filtragem do ar; vedação de janelas; acabamentos de paredes, tetos e piso; e cabines de segurança biológica. No entanto, como outros documentos da área, não cita possíveis fatores ou riscos psicofisiológicos, como o estresse a que, possivelmente, os trabalhadores desses ambientes são submetidos, limitando-se aos riscos físicos como, até então, vem tratando o campo da biossegurança.

Vozes dos usuários: os ambientes laboratoriais

A oficina “Espaço, Criação e Alegria” foi realizada em quatro laboratórios, como descrito na Tabela 1. Os participantes das oficinas totalizaram 39 pessoas, oito homens e 31 mulheres, incluindo pesquisadores (18), técnicos (cinco) e estudantes com diversos tipos de vínculo (16), variando numa faixa etária de 25 a 55 anos, e com tempo de vinculação institucional mínimo de dois anos (no laboratório 3) e máximo de vinte anos (no laboratório 2). Praticamente todos os participantes tinham formação na área biomédica, somente alguns técnicos provinham da área administrativa. Todos demonstravam um forte vínculo com a prática investigativa e com o trabalho cotidiano nos laboratórios. A maior parte do público se enquadrava na faixa etária até 35 anos.

No registro das preferências sobre cor, formas e objetos (Tabela 2), das nove cores citadas, a maioria refere-se à cor azul, notoriamente ligada à tranqüilidade e à confiabilidade, seguida da cor vermelho, ligada à atração e à excitação. Mesmo prevalecendo o azul, o resultado nos mostra a necessidade dos dois pólos de estímulos emocionais representados pelas duas cores (Rambauske, 2005). Quanto às formas citadas, observamos uma ampla preferência, por parte de um público envolvido com medicina e biologia, pelas formas arredondadas, consideradas orgânicas e/ou antropomórficas. No que se refere ao objeto que gosta, a maioria dos participantes opta por móveis e acessórios de casa, vindo, a seguir, os objetos pessoais. Isto reflete a simpatia por objetos que têm proximidade e interação com a própria pessoa. Quanto ao objeto que não gosta, a maior parte refere-se àquilo que prejudica as condições ambientais, como: ambiente barulhento, ar-condicionado ineficiente, pouco espaço físico e excesso de objetos. Depois, são citados os móveis de trabalho de má qualidade, seguidos por alguns equipamentos científicos que são questionados quanto ao seu tamanho e à sua eficiência. O guarda-chuva liderou a categoria de outros objetos que não gostam.

Os exercícios práticos das oficinas de trabalho têm a capacidade de trazer, para o plano do visível, aquilo que intuímos, mas ainda não vemos. Merleau-Ponty (1945, p.403) fala das várias dimensões daquilo que pode ser visto, ressaltando que “é próprio do visível, ser a superfície de uma profundidade inesgotável: é o que torna possível sua abertura a outras visões além da minha”. E sobre as experiências concretas, ele nos diz que “as qualidades da coisa, por exemplo, sua cor, sua dureza, seu peso, nos ensinam sobre ela muito mais do que suas propriedades geométricas” (Merleau-Ponty, 1945, p.408). Tais experiências se dão a partir do relacionamento entre as pessoas e os objetos, pois o sentido de um objeto é produzido na interação com as pessoas, e o usuário deve se sentir convidado a explorá-lo até que tenha experimentado uma gama de sensações e manifestado reações diversas (Krippendorff, 1990).

Na prática 1, que trata de localização espacial, o mediador apresenta os conceitos gerais sobre espaço geográfico, espaço social e espaço pessoal (Sommer, 1973), falando da importância da localização no espaço e exibindo imagens que vão da Terra vista do espaço até chegar ao prédio que abriga a oficina.

Tabela 2. Preferências e empatias dos participantes das oficinas “Espaço, Criação e Alegria” realizadas em laboratórios de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz.

Categoria	Tipo e número de citações dos participantes (entre parênteses)
Cores	Azul (12); vermelho (7); verde (5); amarelo (4); rosa (4); branco (3); laranja (2); preto (2)
Formas geométricas	Arredondada (26): curva, circular, abaloadas; quadrada (5); pontiagudas/estrela (4); triangular (2); outras (2): suaves, inusitadas
Objeto que gostam	a- Móveis e acessórios (11): escrivaninha, poltrona, almofada, travesseiro, etc.; b- Objetos pessoais (11): roupa, sapato, óculos, canetas, etc; c- Outros: bicho de pelúcia (3), casa (2), janelas (1) etc.
Objeto que não gostam	a- Condições ambientais (14) ambiente apertado/espaço reduzido, ar-condicionado ineficiente, equipamentos com ruído, ambiente barulhento, trânsito, objetos em excesso, piso liso; b- Móveis e acessórios (10): cadeira velha, torneira, cesta de lixo, persianas, aspirador de pó, etc.; c- Outros: guarda-chuva (3), computador (3), papagaio de cerâmica (1), vassoura (1), relógio (1), salto-alto (1) etc.

As imagens são relacionadas com suas formas de representação por meio de fotografias, plantas, mapas e suas respectivas cores. Na primeira atividade individual, quando o mediador pede que os participantes façam um desenho do seu ambiente de trabalho e outro de um ambiente da sua casa (Figuras 1 a 4), todos expressaram-se de forma clara e envolvida (Figuras 1 a 4), demonstrando a força desse tipo de expressão e a importância das relações espaciais que possam partir do concreto para o abstrato e permitir a observação do espaço físico como forma de representação de uma condição humana (Carpigiani, Minozzi, 2002). Mesmo em ambientes de alto uso técnico-instrumental, onde os trabalhadores disputam espaço com equipamentos variados (Figuras 3 e 4), a produção de desenhos foi intensa.

Os desenhos são detalhados com objetos, móveis, plantas etc. (Figuras 5 a 10), tanto ao representar os ambientes de trabalho (Figuras 5 a 7) como os de casa (Figuras 8 a 10). No que se refere aos móveis, é interessante notar que as cadeiras nos ambientes de trabalho aparecem em número e dimensões reduzidas (Figuras 6 e 7), por vezes do tamanho dos computadores que se apresentam em maior número (Figura 6), o que mostra a valorização desses últimos. As mesas quase sempre possuem excesso de papéis sobre o tampo (Figura 6), bem como bolsas e outros objetos que demonstram a falta de locais adequados para guardá-los. As janelas aparecem raramente nos laboratórios e, quando presentes (Figuras 5 e 6), não exibem nenhuma paisagem ou abertura para o exterior; também as portas são quase inexistentes, o que reforça a impressão de aprisionamento, citada mais adiante nos depoimentos da prática 3.



Figura 1. Oficina realizada no lab 4: Prática 1.



Figura 2. Oficina realizada no lab 3: Prática 1.

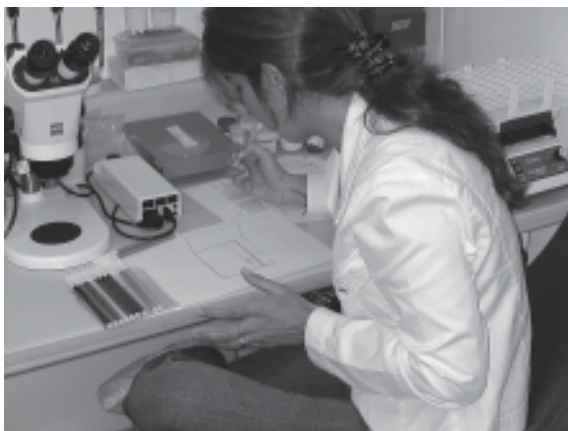


Figura 3. Oficina realizada no lab 3: Prática 1.



Figura 4. Oficina realizada no lab 4: Prática 1.

As pessoas são figuras raras nos desenhos, em especial nos que retratam os ambientes de trabalho, como se fossem invisíveis ou como se aquele lugar não fosse feito ou pensado para elas. Quanto às cores, apresentam-se, sobretudo, no contorno dos objetos, raramente em seu preenchimento.



Figura 5. Desenho de ambiente de trabalho.

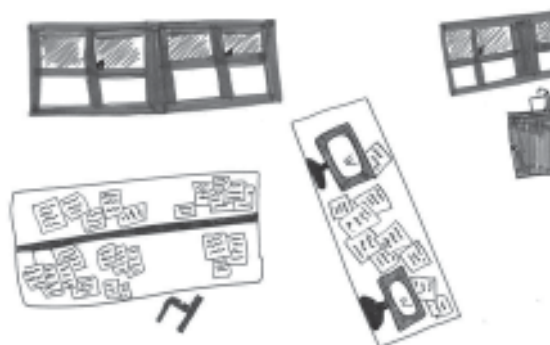


Figura 6. Desenho de ambiente de trabalho.



Figura 7. Desenho de ambiente de trabalho.



Figura 8. Desenho de ambiente de casa.



Figura 9. Desenho de ambiente de casa.



Figura 10. Desenho de ambiente de casa.

A diferença mais marcante entre os desenhos que retratam o ambiente de trabalho (Figuras 5 a 7) e aqueles que se referem ao ambiente de casa (Figuras 8 a 10) é o fato de figurarem, nesses últimos, uma quantidade maior de cores, plantas, árvores, paisagens, varandas e objetos de descanso, como redes e poltronas (Figuras 8 a 10). Enquanto as casas possuem aberturas e contato com o exterior, os ambientes de trabalho demonstram clausura e sisudez. Na Fiocruz, um dos raros prédios que possuem aberturas generosas, como varandas e grandes janelas, é o castelo Mourisco. Os demais edifícios não seguiram o exemplo de sua primeira edificação destinada a abrigar laboratórios e se curvaram às exigências de assepsia e de confinamento sugerida nos manuais de biossegurança, que são estendidas dos laboratórios especiais para os escritórios e demais ambientes.

Na dinâmica adotada, segue-se a prática 2, onde se trabalham as funções e os usos dos objetos (Figuras 11 a 14). O mediador discorre sobre a tipologia dos objetos, ou seja, os utilitários auxiliam; as ferramentas transformam; os móveis suportam; os artísticos embelezam, citando e mostrando exemplos. A partir daí, é colocada a primeira atividade de grupo: "Proponham um novo uso para as cadeiras da sala." Os participantes aproveitam a oportunidade e propõem outras possibilidades de uso para as cadeiras, resultando, quase sempre, num outro tipo de móvel, como: um cabideiro (Figura 11), uma cama (Figura 12), uma estante (Figura 13) e um coletor de lixo (Figura 14). Essa experiência abre perspectivas para que as pessoas possam propor novos usos e configurações para o ambiente de trabalho.



Figura 11. Oficina realizada no lab 1: Prática 2.



Figura 12. Oficina realizada no lab 2: Prática 2.



Figura 13. Oficina realizada no lab 3: Prática 2.



Figura 14. Oficina realizada no lab 3: Prática 2.

A terceira e última prática é composta por perguntas, na qual cada participante responde oralmente, de forma individual, a questões específicas sobre o relacionamento dos participantes com o ambiente físico de trabalho.

Quanto à descrição das atividades realizadas nos laboratórios, os participantes das oficinas realizadas no lab 1 e no lab 2 dizem que “parte do que fazemos no laboratório é contabilizar e processar o que colhemos no campo, porém ficamos aqui muito mais do que no campo, quando estou no campo, eu estou feliz, fazendo a pesquisa acontecer, perto das pessoas.” Por melhor que seja o laboratório e possa simular situações da realidade, ele, no entanto, não a substitui com as suas cores e a sua vida.

O espaço físico, nos seus aspectos de dimensionamento, é muito valorizado, como no depoimento: “o fato de termos espaço, não estarmos competindo com outras pessoas nem com móveis ou objetos, permite as pessoas não comerem umas as outras, as pessoas podem ficar sozinhas, esticar os braços, defendemos manter esse espaço”. Mas em maior número, ocorre a reclamação da falta de espaço e a falta de um local privado para ler e escrever, como nas falas: “o espaço físico não favorece o trabalho, as pessoas ficam muito juntas” ou ainda, “o coletivo é privilegiado, o privado ficou de fora”. Os ambientes coletivos e privados devem ser planejados equilibradamente, pois dizem respeito a necessidades humanas e funcionais.

Quanto aos aspectos negativos no espaço físico do laboratório, ouvimos declarações como: “fico sufocada, não sabemos como está o tempo, uma janela onde pudéssemos ver a paisagem”, e ainda, “a luz é ruim para leitura, falta luz amarela, todas são frias, você fica tremendo”. Vários estudos comprovam como a luz natural e a vista para o exterior podem influenciar no estado de ânimo de trabalhadores e na recuperação de pacientes hospitalares (Fonseca, Porto, Clarke 2002). Sobre as cores, é falado que “tudo é muito bege, é uma cor de doente”, “o laboratório é todo branco, quando todos estão de jaleco parece um hospital”. Um ambiente monocromático é um dos principais geradores da monotonia visual que contribui para a fadiga, para a desatenção e até a depressão (Fonseca, Porto, Clarke 2002). Luz e cor formam uma dupla inseparável que eleva a qualidade de um ambiente. O poeta e cientista alemão Goethe nos ensina que, para manter o bem-estar físico e mental, é preciso introduzir mais cor no dia-a-dia, e que as cores são o alimento da alma (Rambauske, 2005).

Os desejos são diversos e bem justificados, como se verifica na seguinte fala:

trabalhar no castelo Mourisco para mim seria extremamente agradável, prédio bonito, arquitetonicamente agradável, contexto histórico, bastante arejado, bastante iluminado, gostaríamos de alguma coisa próxima disso [...], minha sala é totalmente improvisada, só tem uma pequena janela, porque era usada como uma câmara escura, para o uso atual é insalubre.

Percebemos que o Pavilhão Mourisco influenciou muito pouco as demais edificações da Fiocruz que abrigam laboratórios de pesquisa. Evidentemente, o castelo, como também é chamado, está vinculado à sua época, à visão de Oswaldo Cruz e ao traço do arquiteto João de Moraes Júnior, mas guarda um ótimo equilíbrio entre a funcionalidade e a beleza, que é a base de um bom projeto. Além disso, ouvimos outros desejos, como música ambiente e uma área de lazer com televisão, sofá, mesa de totó e de pingue-pongue, ou simplesmente, “poder olhar pela janela e ver se está chovendo ou fazendo sol”. Esses desejos são compreensíveis na medida em que muitos pesquisadores têm jornadas de trabalho longas, com a necessidade de espaços para descanso e lazer próximos aos laboratórios. As quebras da jornada de trabalho funcionam como um contraponto que possibilita sair da clausura de longas horas em uma sala fechada, mesmo que seja somente por meio do olhar, através de uma janela, para realizar o simples desejo de contemplar, por alguns minutos, um ponto na paisagem externa.

Ouvimos, ainda, uma série de outras demandas, como espaços específicos para armazenagem, para que tudo aquilo que não for de uso imediato fique acomodado fora das salas de trabalho, desobstruindo, assim, as bancadas e a circulação; como a regulação da temperatura ambiente por meio de controles acessíveis em todas as salas, para que se alcance uma temperatura mais próxima da desejada por cada usuário; e permitir a abertura eventual das janelas para a renovação do ar. Em relação aos móveis, foi dito que muitas bancadas não possuem porta-teclado abaixo do tampo para evitar dores nos braços e ombros. Faltam gaveteiros individuais para os objetos pessoais e trabalhos confidenciais,

pois os armários e gaveteiros são coletivos. E as cadeiras devem ser mais confortáveis e ajustáveis, com regulagem de assento e encosto, espaldar alto e apoio de braços, aspectos importantes para aqueles que passam várias horas sentados.

Por fim, os participantes são questionados quanto a terem tido alguma participação no projeto e na escolha dos elementos que compõem o ambiente, e seguem respostas como: “a direção do IOC na época tinha uma idéia de uma estrutura modular, onde um laboratório de qualquer natureza poderia usar essa estrutura”, ou “todas as salas foram montadas para serem laboratórios, apesar de nem todas serem, houve aí uma certa inflexibilidade”. Concepções padronizadas, a princípio, são econômicas mas deve-se verificar cada realidade específica para se saber sobre a viabilidade de aplicá-las. Por outro lado, a palavra-chave não é módulo, mas flexibilidade, a qualidade que permite adaptar o espaço físico a vários tipos de usos e demandas.

Conclusão

O laboratório de pesquisa em saúde, com a sua natureza multifacetada, abriga atividades diversas e afins. Com as atividades de pesquisa e desenvolvimento, convivem as atividades educacionais e de divulgação científica, como: orientação de alunos, leitura de publicações da área, redação de artigos científicos e realização de seminários. E também é comum a todos os laboratórios atividades não muito apreciadas, como: a redação de projetos para solicitação de verbas, o envio de relatórios de andamento de pesquisa, o preenchimento de formulários de produtividade, de formulários para comissões específicas e formulários para inúmeras outras finalidades. As práticas informatizadas auxiliadas por computador estão presentes na maior parte das atividades, sejam elas de cunho intelectual, experimental ou burocrático, o que acarreta um maior sedentarismo, gerando fadiga visual e problemas posturais. Os desafios, os cronogramas e as dificuldades contribuem para o estresse dos que ali trabalham; trata-se, portanto, de um ambiente habitado por trabalhadores apaixonados, com um cotidiano intenso e estressante.

Nessa perspectiva, esses ambientes não podem prescindir de elementos de arquitetura e de design que proporcionem uma estadia confortável para os que ali trabalham. Dentre estes elementos, destacamos: janelas amplas, para que o olho possa focar pontos distantes e diversificados, que permitam a entrada de luz natural, que equilibrem a luz artificial e tragam informações sobre o tempo e a posição do sol. A temperatura deve atender ao gosto e às necessidades de todos, com controles de fácil acesso. A iluminação artificial deve mesclar luzes frias e quentes, bem como luzes gerais e focos nos postos de trabalho. O dimensionamento e a distribuição do espaço devem atender tanto as necessidades de ambientes privados como de ambientes coletivos; e as dimensões mínimas do posto de trabalho de cada pessoa devem permitir acomodar seu computador, seus papéis e seus objetos pessoais e, sobretudo, as próprias pessoas, permitindo que cada uma faça uma rotação completa em torno do próprio corpo com os dois braços esticados sem atingir nenhuma pessoa ou objeto. As cores devem se referir à saúde, utilizando-se palhetas inspiradas na diversidade da natureza e evitando-se ambientes monocromáticos. Os móveis requerem um cuidado especial, pois na lista de objetos que têm contato com o corpo, estão logo a seguir das roupas; merecem ser observados aspectos de tato, adaptações e regulagens diversas que proporcionem conforto e boa postura. Os laboratórios devem estar próximos a lugares para caminhar, alongar e descansar o corpo e a mente, como áreas de lazer internas ou externas devidamente equipadas com mobiliário confortável e jogos.

O esforço dos usuários, auxiliados por designers e arquitetos, em tornar o seu espaço de trabalho mais agradável e mais saudável, na maioria das vezes, esbarra nas políticas públicas e no tipo de tratamento que as instituições conferem a esses ambientes onde trabalhadores da saúde passam a maior parte de suas vidas, pagando um preço muito elevado pelo seu comprometimento com o trabalho e para alcançar seus desejos de realização profissional. A maior parte das leis, normas e portarias governamentais atenta somente para os aspectos de riscos físicos que possam agredir a fisiologia do trabalhador, não contemplando uma série de aspectos psicofísicos ou psicofisiológicos, enumerados anteriormente, que devem ser aprofundados e considerados na formulação de normas contemporâneas que vislumbrem esses aspectos.

As oficinas de trabalho demonstraram sua eficácia ao trazer para a superfície uma riqueza de informações que normalmente não são levadas em conta, tanto na formulação de políticas públicas quanto em projetos de arquitetura e design. Essa realidade evidencia uma relação desigual quanto à possibilidade de ser levado em consideração: o Estado ocupa um lugar central quanto ao poder de falar, sua voz é altissonante e abafa a voz do cidadão comum, que ocupa uma posição periférica (Araújo, 2003). Assim, as instituições não prevêem sequer espaços e momentos regulares de expressão, onde as pessoas possam se expressar e usar o seu direito de participação na gestão dos ambientes públicos.

Projetar é prever, planejar e imaginar o que não pode ser feito sem a escuta daqueles que utilizam os projetos e que possuem dados vivenciais sobre o seu dia-a-dia de trabalho. Suas vozes merecem ser ouvidas e os dados incorporados ao projeto. A oficina de trabalho Espaço, Criação e Alegria é uma ferramenta de escuta sensível, que pode ser usada para sensibilizar e ouvir trabalhadores da saúde sobre suas visões e desejos relacionados aos espaços físicos que abrigam suas atividades cotidianas. O poder público e os usuários não podem se colocar como antagonistas, e sim como protagonistas de um processo de transformação conjunta que se destina a tornar o ambiente de trabalho mais agradável, alegre e saudável para todos que ali permanecem uma grande parte de suas vidas.

Com a presença de edificações de alto padrão arquitetônico, entre as quais o Pavilhão Mourisco é o maior exemplo, a Fiocruz pode estabelecer, dentro da sua missão, o compromisso de ser referência, também, em projeto e construção de laboratórios de pesquisa. Por outro lado, em nível nacional, podem ser criados cursos de atualização e especialização para arquitetos e designers que atuam ou desejem atuar na área de saúde, bem como ampliadas as linhas de financiamento para a construção de prédios planejados especificamente para abrigar laboratórios que desenvolvam pesquisa em saúde e promovam a própria saúde daqueles que ali trabalham.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes das oficinas de trabalho e aos colegas da Fiocruz que colaboraram com sugestões, comentários e críticas sobre o texto.

Colaboradores

Os autores Elio Grossman, Tania C. Araújo-Jorge, Inesita S. Araújo participaram da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. Elio Grossman participou da pesquisa da legislação sobre ambientes físicos para a saúde, e da elaboração, da aplicação e da análise dos dados das oficinas de trabalho.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Resolução - RDC n.50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=25622&word=RDC%20n%C2%BA%2050>> Acesso em: 19 fev. 2008.

ARAÚJO, I. Razão polifônica: a negociação dos sentidos na intervenção social. **Perspect. Ciênc. Inf.** v.8, n.esp., p.46-57, 2003.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ALERJ. **Lei n.2.586**, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre as normas de prevenção das doenças relativas às atividades que possam desencadear lesões por esforços repetitivos – LER. Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br>>. Acesso em: 19 jul. 2006.

BENCHIMOL, J.L. (Coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (Textos básicos de saúde, série B).

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador: proposta para consulta pública**, de 29 de dezembro de 2004. 2004b. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/proposta_consultapublica.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2008.

_____. Portaria n.3.751. **Altera a Norma Regulamentadora n.17 - ERGONOMIA**, de 23 de novembro de 1990. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1990/p_19901123_3751.asp>. Acesso em: 19 fev. 2008.

_____. Portaria n.3.214. **Aprova Normas Regulamentadoras - NR**, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/default.asp>>. Acesso em: 19 fev. 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 19 fev. 2008.

CARPIGIANI, B.; MINOZZI, C.L. O construtivismo piagetiano e o processo de representação no espaço. In: DEL RIO, V. (Org.). **Projeto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro: Contra Capa/PROARQ, 2002. p.89-96.

COHEN, S.C. et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.191-8, 2007.

COMISSÃO TÉCNICA DE BIOSSEGURANÇA DA FIOCRUZ - CTBIO-FIOCRUZ. **Procedimentos para a manipulação de microorganismos patogênicos e/ou recombinantes na Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – CICPS, 1978, Alma-Ata. **Proceedings...** Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

DILANI, A. A new paradigm of design and health in hospital planning. **World Hosp. Health Serv.**, n.36, p.20-6, 2000.

FONSECA, I.F.; PORTO, M.M.; CLARKE, C. Qualidade da luz e sua influência sobre o estado de ânimo do usuário. In: DEL RIO, V. (Org.). **Projeto do lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro: Contra Capa/PROARQ, 2002. p.183-8.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO-JORGE, T.C.; ARAÚJO I.S. Reflexões sobre os objetos e os ambientes físicos de ensino e pesquisa em saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1184>. Acesso em: 18 out. 2007.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO, I.S.; ARAÚJO-JORGE, T.C. O design e a promoção da saúde nos laboratórios de pesquisa da Fiocruz. **Hist., Cienc., Saúde Manguihos**, 2008. [submetido]

INMETRO. Norma n. NIT-DICLA-083, abril de 2001. **Estabelece critérios gerais para competência de laboratórios clínicos**. Disponível em: <<http://www.inmetro.gov.br/kits/nitdicla083rev00.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2006.

KRIPPENDORFF, K. Product semantics: a triangulation and four design theories. In: PRODUCT SEMANTICS CONFERENCE, 89., Helsinki, 1990. **Proceedings...** Helsinki: Seppo Väkevä, 1990. p.a.3-23.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

OLIVEIRA, B.T. (Org.). **Um lugar para a ciência: a formação do campus de Manguinhos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PISCO, L. A saúde dos profissionais. **Rev. Inst. Qual. Saúde**, n.11, p.12-5, 2004.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **Código de Obras do Município do Rio de Janeiro, RJ.** Rio de Janeiro: Gráfica Auriverde, 1980.

RAMBAUSKE, A.M.R. **Cor, arquitetura e espaço urbano.** Rio de Janeiro: PROARQ/UFRJ, 2005. CD-ROM.

RIVERO, D.T. **25 anos de Alma-Ata: saúde é direito de todos, de 12 de fevereiro de 2003.** Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=195>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

SANTOS, M.A. **Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Edusp, 2006.

SCHRAMM, W. **Chemistry and biology laboratories: design-construction-equipment.** Oxford: Pergamon Press, 1960.

SOMMER, R. **Espaço pessoal.** São Paulo: EPU/Edusp, 1973.

ULRICH, R.S. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. **J. Health Care Inter. Des.**, n.3, p.97-109, 1991.

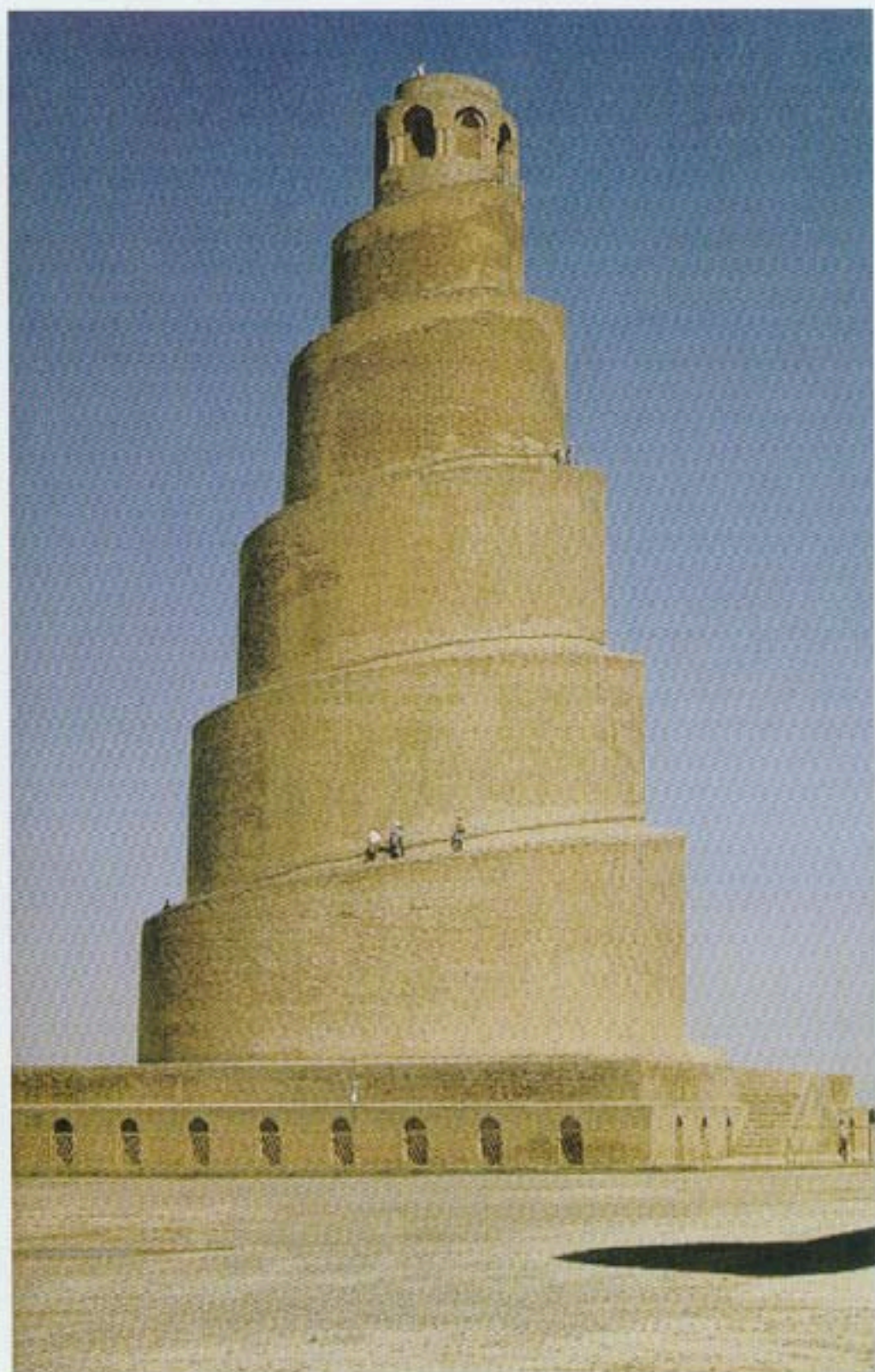
WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers.** Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO-JORGE, T.C.; ARAÚJO, I.S. La escucha sensible: un estudio sobre la relación entre personas y ambientes dedicados a la salud. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.309-24, abr./jun. 2008.

El artículo presenta resultados de estudios sobre la relación entre las personas y los ambientes dedicados a la salud. Expone lo que se dice sobre los aspectos psicofisiológicos o psicofísicos relativos a tales ambientes, pesquisando las voces de los dirigentes y de los legisladores, por medio de las leyes y decretos ligados al tema en la esfera federal, estatal y municipal y, por otro lado, oyendo las voces de los usuarios por medio de un taller de trabajo titulado "Espacio, Creación y Alegría", aplicado en laboratorios de pesquisa de la Fiocruz. Los resultados son los talleres sobre sus ambientes de trabajo, recogidos por medio de declaraciones y dibujos. Tales resultados demuestran que el taller puede ser un instrumento de escucha sensible para diseñadores y arquitectos envueltos en proyectos de obras y reformas de espacios destinados a la salud.

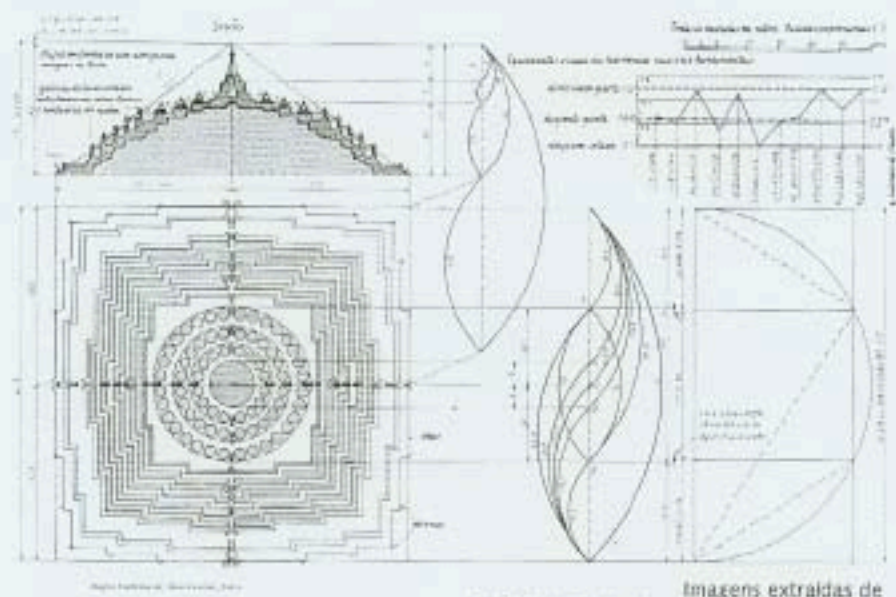
Palabras clave: Salud. Diseño. Arquitectura. Comunicación. Ambiente.

Recebido em 12/02/07. Aprovado em 14/12/07.



Mesquita de Samarra
Iraque

Stupa budista de Borobudur, Java
 Indonésia



Imagens extraídas de
 GYÓRGY DOCZI. O poder dos limites, 1981.

A temática da humanização na saúde:

alguns apontamentos para debate

Waldir da Silva Souza¹
Martha Cristina Nunes Moreira²

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.

The topic of humanization within healthcare is analyzed through a sociohistorical digression on the basis of humanism in the West and its present dilution in various sectors of social life. This dilution is qualified in a positive, essentialist light that contributes towards identifying humanism as a sacred asset or a fashion brand. In seeking to define this question, documents produced by the National Humanization Policy were considered, comparing the constitutional principle of full coverage with the guidelines of humanization. In the documents, the perspective of "healthcare production" encompasses: attendance or care provision (professional practices), management of work processes and user participation or social control within healthcare work processes. It is concluded that discussing humanization signifies: reviewing idealizations that neglect human limits; accepting conflict as the driver for negotiations; and putting forward for analysis the way in which groups organize their work processes.

Key words: Humanization. Health process. Integrality. Health Policy.

A humanização na saúde é tematizada segundo uma digressão sociohistórica sobre as bases do humanismo no Ocidente e sua atual diluição em diversos setores da vida social; diluição esta qualificada com um tom positivo, essencialista, que contribui para que o humanismo seja identificado como um "bem sagrado" ou uma *grife*. Buscando problematizar esta questão, foram considerados os documentos produzidos pela Política Nacional de Humanização, confrontando o princípio constitucional da integralidade com a orientação da humanização. Nos documentos, a perspectiva da "produção da saúde" engloba: a atenção ou prestação do cuidado (práticas profissionais), a gestão dos processos de trabalho e a participação dos usuários ou controle social no interior dos processos de trabalho na saúde. Conclui-se que discutir humanização significa: rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações, e colocar em análise a forma como os grupos se organizam em seus processos de trabalho.

Palavras-chave: Humanização. Produção de saúde. Integralidade. Políticas de saúde.

¹ Cientista social. Universidade Estácio de Sá. Rua Senador Vergueiro, 69/201 Flamengo - Rio de Janeiro, RJ - 22.230-001. wals@terra.com.br
² Psicóloga. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Considerando os avanços da democratização na saúde, assinalamos que muito ainda há por fazer no campo concreto das práticas. Em um cotidiano que inclui a gestão das políticas e a sua operação pelos atores que se encontram na ponta do processo de trabalho em saúde, identificamos a tendência à utilização da *locução* humanização para abarcar múltiplos interesses de transformação. Com relação a essa tendência, refletimos sobre as associações entre os significados do humanismo na sociedade moderna e seus reflexos no setor da saúde. Realizamos uma breve problematização do conceito, mostrando-o, de um lado, como uma palavra de ordem com baixa capacidade de desencadear questionamentos e, de outro, como a revisão dos preceitos que influenciam as práticas. Constatamos uma imprecisão na definição do conceito de humanização no campo societal, o que pode desencadear uma banalização do mesmo, diminuindo a capacidade de provocar reflexões e revisões ampliadas nas políticas e nas ações da saúde. Outrossim, embora a clareza de que o recurso ao termo humanização – na contemporaneidade –, seja nas políticas, seja nos discursos comuns, não esteja em essência vinculado às bases da filosofia humanística, o exercício de acessar de forma breve o humanismo tem como objetivo ampliar o espectro crítico de sua locução na saúde.

As preocupações com o humano no campo dos valores e da sociedade perpassam nossa tradição ocidental desde há muito tempo. Na saúde, identificamos como emblemática a valorização da locução *humanização da assistência*, que tem como referência, no momento político atual, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) ou projeto de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), conhecido por HumanizaSUS, e que atravessa os diversos setores de exercício do trabalho em saúde, caracterizando-se como uma proposta transversal, e não uma programação vertical. A escolha dessa *política* para análise se dá, entre outras razões, pela identificação, em seus documentos, de uma preocupação em articular transformações com impactos positivos para gestores, trabalhadores e usuários. Um dos enfoques do HumanizaSUS diz respeito à necessidade de se melhorar a capacidade de as organizações atenderem satisfatoriamente às necessidades e demandas da população no que se refere à saúde – tanto em sua dimensão individual quanto coletiva. Assim, sistematizamos questões com base em uma revisão bibliográfica acerca do tema da humanização, considerando que o mesmo se encontra diluído na sociedade atual como uma *grife*, uma marca, que garantiria ou pretenderia garantir qualidade a quem a utiliza. A fim de trabalhar esses pontos, nos debruçamos sobre alguns aspectos da filosofia humanista no marco do Renascimento, em busca de fundamentos dessa tradição na polissemia do conceito na atualidade. A idéia de humanização, apesar de indicar um contrasenso, aponta para a desvalorização da perspectiva humana nas interações e ações entre os indivíduos, chegando ao extremo de ocorrer uma naturalização do não reconhecimento do outro como um igual.

Optamos por esse marco, considerando que, mesmo havendo um humanismo na Grécia antiga (Minayo, 2006; Nogare, 1977), esse é reatualizado pela filosofia renascentista e pela filosofia cartesiana, com diferença, sobretudo, na passagem para o século XVII, no valor atribuído ao controle racional sobre impulsos e sentimentos, separando a experiência humana da objetividade no que se refere ao cuidado à saúde.

Humanização: algumas considerações conceituais e históricas

A *locução* humanização envia-nos às bases filosóficas renascentistas do humanismo, permitindo desfazer a ilusão de novidade em seu uso, explorando suas transformações e metamorfoses. As metamorfoses nos impulsionam a um exercício de superação, não dos temas, mas de uma lógica que busca precursores e causas funcionais. Assumimos a posição não da continuidade histórica, mas da reatualização temática que tanto mantém como transforma.

Na atualidade, o discurso da humanização tem-se feito presente, além da área da saúde, na área da administração, no debate da economia e na reorientação das práticas em diversos ramos do setor de serviços. Na atenção à saúde, este discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos de cidadania, ora de uma discussão que alcança a ética. Na área da administração, a base discursiva é a

da qualidade total e a da felicidade na empresa, visando à otimização do trabalho. Na economia, a idéia é resgatar a identificação do homem com o seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais-valia. Já na área de serviços “como a de transportes, bancos, comércio etc.” encontramos a idéia de humanização associada à melhoria do acesso (escadas, rampas, elevadores) e à sua qualidade, enfatizando: a pontualidade nos horários, redução do tempo de espera, respeito aos idosos, gestantes e deficientes, e o investimento em sinalizações, conforto e ambiência.

Considerando que a humanização se faz presente como um qualificativo positivo, não apenas no setor da saúde, mas em outros setores da vida social, abrimos um parêntese para focar o discurso da qualidade total nas empresas. Destacamos que o mesmo tem por base a necessidade de *re-humanizar* as relações, conquistando espaço e relações saudáveis. Essa *re-humanização* contribuiria para a promoção de relações favoráveis a um aumento da produtividade e do diferencial no mercado. Identificando o discurso da humanização em outras áreas, Pessoa (2001) defende a necessidade da humanização da economia. Situado na matriz marxista, o autor identifica o homem como medida da história e o capital como base de um sistema que aliena esse mesmo homem e o encara apenas como um instrumento. Para Pessoa, a tese da humanização significa a conscientização sobre as necessidades pessoais de quem produz e adquire, deixando de haver a prioridade do capital sobre o ser humano. Essa tese não se opõe, em certo sentido, a uma tradição identificada na filosofia humanística. Isto porque, como detalharemos a seguir, para o humanismo, o homem está situado na História, e a ele é dada a condição de liberdade pelo atributo da razão. Uma possível diferença entre a posição marxista e a linhagem humanista – guardadas as devidas diferenças históricas – está na consideração de que, para Marx, a liberdade de escolha esbarra nas condições de classe, nas condições materiais, na exploração capital/trabalho que aliena o homem de sua consciência de classe e de sua capacidade de organização. No setor da saúde, a humanização resgata idéias muito caras a uma política que entende a saúde como um direito e como cidadania.

De acordo com Nogare (1977), existem três sentidos para a palavra *humanismo*. O primeiro versa sobre o humanismo histórico-literário, cujas bases se encontram nos séculos XIII e XIV, caracterizado pela retomada dos clássicos gregos e romanos, quando se busca mimetizar as formas literárias e os valores humanos. Um segundo sentido está ligado a um humanismo de caráter especulativo e filosófico, reunindo princípios doutrinários acerca da origem, natureza e destino do homem, encontrando, em uma de suas bases, o humanismo cristão que realça o valor do homem, entendido como princípio autônomo individual de consciência e responsabilidade. O terceiro sentido caracteriza-se pelo aspecto ético-sociológico, quando este destina-se a tornar-se realidade, costume e convivência social.

A filosofia renascentista tem seu humanismo redescoberto como um valor atribuído ao homem em seu sentido pleno, como um ser mundano histórico que intervém sobre a natureza e sobre seu destino, acionando a razão para fazer de sua presença finita uma presença que busca sua formação, autonomia e felicidade (Abbagnano, 2000). Nessa leitura, sobressaem alguns qualificativos desta filosofia que permitem reflexões sobre os possíveis desdobramentos e sentidos da noção de humanização no decorrer das últimas décadas. Primeiramente, a idéia de que o homem é um *ser do mundo* e, como tal, sujeito às paixões e inserido em uma dimensão histórica. Essa historicidade é, ao mesmo tempo, sua liberdade e seu limite; dá a ele contexto e o coloca diante dos acontecimentos. Sobre estes acontecimentos o homem pode exercer domínio por meio da razão, que lhe permite fazer escolhas, controlar as paixões a fim de conquistar sua liberdade e autonomia, sem mais ter como limitadores as instituições tradicionais como a Igreja, o Império e o Feudalismo. A segunda observação refere-se ao fato de o homem, como ser mundano, sujeito às paixões, não conservar, em sua presença no mundo, a possível prerrogativa de um *ser acima do bem e do mal* ou, como se poderia idealizar, *uma bondade por essência*. Pelo contrário, é esse homem do mundo, do conflito e da escolha, da liberdade e do limite, que precisa exercitar a arte da política, da negociação e, por que não, da guerra e da violência.

Ao contrário dessa visão de homem mundano e conflituoso, as metamorfoses do humanismo – em algumas de suas mutações/transformações – ganharam força nas idéias, discursos e ações que idealizaram as relações sociais, com vistas a uma harmonia, e a uma *essência boa* do ser humano. Tal perspectiva desconsidera que, da interação humana, fazem parte tanto a cooperação quanto o conflito. Na base da interação humana está a possibilidade de reconhecer-se e diferenciar-se e, nesse exercício,

cabem a cooperação e o conflito, não necessariamente excludentes. Nessa discussão, o conflito, como uma das muitas possibilidades de expressão das interações humanas, pode, no contexto das relações sociais, abarcar múltiplas estratégias de poder, que imprimem qualidades, valores e modelos. Segundo Simmel (2006), a proximidade entre os indivíduos abre espaço para o conflito e a diferenciação, pelo fato de essa proximidade emprestar conteúdo ao indivíduo, fazendo emergir suas características singulares. Logo, mais do que somente as qualidades ou conteúdos individuais, interessam as formas que esses conteúdos tomam no contexto das relações, interações e no interior dos processos de trabalho em saúde, que dependem de uma equipe, de grupos ou de um conjunto de profissionais funcionando de forma complementar.

No século XVII, a emergência do racionalismo cartesiano abre espaço para a consideração de que o maior valor humano está na capacidade de raciocínio lógico e de controle sobre as paixões, sobretudo naquilo que remete a uma natureza humana baseada na interferência das emoções. O racionalismo cartesiano contribui para a vigência de uma razão científica em saúde de separação entre: corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade. A influência desta filosofia na área da saúde acrescentou reverberações no campo do saber biomédico e na educação para a prática clínica.

A necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Esta perspectiva se aproxima daquilo que alguns autores denominam "objetualização do paciente" (Campos, 1992; Testa, 1992), "excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções" (Ayres, 2006) ou "coisificação" do corpo biológico (Campos, 2003), o que sintetiza as idéias de uma certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado. Tal perspectiva se desenvolve dentro de uma tradição da prática clínica na qual o corpo é tornado o *locus* da intervenção e da operacionalização do saber científico dos especialistas. A biomedicina, ao fragmentar o corpo em diversas partes, que se tornam objetos das mais diversas especialidades, separa a doença de seu caráter de experiência humana, passível de significação e processualidade. O sucesso da biomedicina advém de sua capacidade de se tornar um campo de saber produtor de um *ethos* de classe, cuja característica central é a desumanização de seus praticantes, em nome do não-envolvimento afetivo, garantindo uma intervenção clínica orientada exclusivamente pela objetividade.

A tradição individualista e da racionalidade ocidental moderna produz ambiência para as teorias que enfatizam a racionalidade objetivista. As matrizes analíticas privilegiam as oposições razão x emoção, virtude x vício e, ao mesmo tempo, não se reduzem às mesmas. A objetividade reduz e possibilita um recorte da realidade, fundando-se em universais, certezas e verdades absolutas. O projeto moderno construiu, por meio da cultura dos especialistas, as unilaterizações como estratégia de análise das práticas cotidianas, o que gerou problemas de mediação na relação com essas práticas. O projeto da modernidade científica, da cultura dos especialistas, reduziu a complexidade dos problemas cotidianos às antinomias, organizando uma pretensa totalidade. Desta totalidade, reduzida a binômios, fez parte, também, o processo de neutralização dos compromissos de ordem ética e solidária. O apelo ao ideal de neutralidade científica não deixou de estar alojado no interior do campo da medicina científica moderna. Segundo Luz (1990), o binômio saúde-doença expressa essa dicotomia e reduz a leitura do processo vital a categorias como normalidade e patologia. Tais categorias, para a autora, são essencialmente normativas e fundamentam a clínica moderna, cujo modelo clínico e epidemiológico obedece a uma ordem que tem, na doença, seu centro, ao utilizar-se da categoria de risco, reduzindo o doente a um mero figurante, um simples corpo sede de patologias. O percurso de racionalização das formulações científicas e profissionais, no cenário da modernidade, garantiu a construção de um campo de disputas por competências, restrições de acesso e, portanto, de "disciplinarização" do conhecimento sobre a realidade.

Isto posto, abordamos parte da literatura atual que menciona a humanização no campo da saúde como eixo central de discussão. A *locução* humanização remete, segundo alguns, a algo perdido ou abandonado e que, portanto, mereceria ser resgatado: a dimensão pessoal. E aqui o sentido do humano é o do adjetivo ao qual corresponde certa idealização de uma essência capaz de bondade, solidariedade,

dedicação, coragem, força. Atributos que remetem, em certo sentido, a uma razão que controla os sentimentos negativos, permitindo ao homem suportar os desafios da doença, da morte e dos impasses subjetivos. Para tanto, a ciência ou o conhecimento desenvolvidos pela interioridade subjetiva permitem ao homem o autoconhecimento - expressão máxima da capacidade de autocontrole.

Pessini e Bertachini (2004) apresentam a humanização como um desafio, referida a uma crise de humanismo, contextualizada a uma sociedade moderna *desumanizada*. Ao refletirem sobre a humanização dos cuidados em saúde, afirmam que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade. No argumento por eles desenvolvido, a exclusão, a violência e a iniquidade contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com impacto nas instituições de saúde. Assumem a idéia de que o contexto macro condiciona e determina (ou na palavra dos autores, "espelha") o contexto micro, tanto no que é nobre e virtuoso quanto no que é degradante e aviltante. A tecnologia comparece como algo que contribui para a coisificação da pessoa humana e a sacralização das coisas. Em sua definição, a humanização vem acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência. Para tanto, os profissionais de saúde e os pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história, e os primeiros devem reconhecer seus pacientes também como indivíduos. Os autores defendem a ligação da humanização com a "essência do ser", remetendo a uma historicidade do humano como condição para o *re-conhecimento* do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade.

Pessini e Bertachini (2004) evocam um campo de discussões que apela para aquilo que Benevides e Passos (2005, p.390) denominaram "o bom humano": "uma figura ideal que regularia as experiências concretas". Nesse artigo, os autores, ao criticarem essa retórica que idealiza o humano, associam a humanização a alguns qualificativos que buscam a retomada do homem contextualizado, histórico e engajado em um sentido de ser que transforma e, ao mesmo tempo, é transformado pelas práticas em que se engaja.

Em Puccini e Cecílio (2004), identificamos uma linha de discussão próxima do exercício analítico presente em nosso texto. Os autores relacionam as demandas por mudanças na área da saúde às concepções e valores mais gerais da sociedade. O desafio reside na busca de uma diretriz da humanização/satisfação que supere os limites das relações sociais vigentes, o que intervém no direito à saúde em uma conjuntura na qual predominam políticas públicas propostas por um ideário de Estado mínimo. O tema da humanização é introduzido em conjunto com o do direito à saúde, descortinando o assunto para a exploração das definições de qualidade e para os ideais de satisfação do consumidor.

Em Kunkel (2002), identificamos uma análise que relaciona a humanização da saúde à cidadania. A autora assinala aspectos que desumanizam as relações na saúde. Primeiro, aponta a especialização que fragmenta o usuário e não contribui para um atendimento qualificado, para a garantia de acesso e de compromisso para com os usuários como pessoas humanas. O segundo aspecto diz respeito à desumanização do atendimento, caracterizado pela assimetria entre usuário e profissional, pautada em uma situação de inferioridade do primeiro em relação ao segundo, com a desconsideração de seu saber e de sua iniciativa. A terceira situação se configura quando o atendimento de saúde é feito com uma entrega, pelo usuário - tornado paciente para o profissional - de todo o conhecimento acerca do que se passa consigo. Acontece um domínio da situação, das falas que supervalorizam o saber médico e desconsideram os modos de vida das pessoas. Por fim, a redução do usuário ao paciente organiza uma lógica pautada na doença, e não na sua identidade integral. A autora ressalta que humanizar o cuidado em saúde é combater as perspectivas que enganam o usuário e o destituem de informações importantes sobre a sua saúde, desrespeitando a sua cultura e seus costumes. Ressalta que o atendimento humanizado consta da lei como o atendimento que deve ser prestado no SUS. Para a autora, a saúde precisa estar referida ao modo de viver das pessoas e contextualizada na sociedade para estar comprometida com um processo de mudança.

Neste momento, aponta-se para duas perspectivas centrais na discussão sobre humanização: primeiro, a necessidade de se perceber que, na sociedade atual, há uma retórica que investe na marca humana como um valor associado a uma *grife* de qualidade. Para tanto, é preciso que esta retórica associe ao humano um conjunto de idealizações que pretendem garantir que o conflito e os dissensos não ocupem um espaço digno de produção de sentido. A segunda desloca-se dessa idealização e vai ao

encontro da necessidade de enfrentar a locução *humanização* a partir de um investimento na ressignificação das relações sociais comprometidas com o campo, quando a subjetividade é produzida com enfrentamentos, posições diferenciadas, e negociações.

Humanização: a perspectiva da produção de saúde

Como exposto, a idéia ou a necessidade de se humanizar algum aspecto da vida social não é algo novo no campo das práticas sociais, nem muito menos simples, pois comporta a necessidade de se colocarem em diálogo reflexões conceituais, vivências, saberes populares e a cidadania, ampliando o campo de debate das políticas públicas. Esta idéia se reatualiza na saúde, pois há uma compreensão de que tal proposição seria algo recente. Assinalamos que, no campo da saúde, a encontramos referida, fundamentalmente, ao hospital, desde meados do século XX, em obras como as de Camignotto (1972); Feldmam et al. (1973); Gelain (1968); Leclainche (1962); March, Borges, Bonfim (1973).

Uma análise acerca do discurso oficial sobre a humanização foi empreendida por Deslandes (2004). Embora a autora não empreenda uma análise sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), reconhecida como HumanizaSUS, seu trabalho contribui para o desvelamento dos sentidos da humanização, a qual, embora, referida à assistência hospitalar, a nosso ver, não deixa de ter seus sentidos reatualizados no discurso da política transversal de humanização à saúde. Como diretriz central da proposta de humanização e que possibilita o diálogo entre os três sentidos aqui considerados, assinalamos a necessidade de ampliação do processo comunicacional. De qualquer forma, o chamado projeto/processo de humanização, segundo Deslandes (2004), está voltado para a melhoria da qualidade da atenção prestada, com um possível acréscimo na capacidade de reflexão e crítica acerca dos modelos e ações em saúde. Ao final de seu estudo, podemos retomar o argumento da associação entre ideário da humanização como uma *grife* - ou marca que vai gerar uma diferenciação e uma capacidade de destaque àqueles que a utilizam. Dessa forma, torna-se necessário aumentar o grau de reflexividade acerca do seu uso como um conceito que orienta práticas, sob pena de perdermos seu possível potencial transformador e incorreremos na armadilha da mera repetição de uma palavra de ordem vazia e sem sentido.

O antecedente da PNH foi o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que estava centrado no hospital como campo de intervenção privilegiado, lugar de relações verticalizadas orientadas por instrumentos normativos que deveriam ser operacionalizados na busca de realização de metas e índices, independentemente de sua resolatividade e qualidade.

Já a PNH caracteriza-se por sua proposta transversal e abrangente, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, não apenas na assistência hospitalar. Coloca-se, assim, como uma construção coletiva, acionando todos os envolvidos no campo da saúde (Brasil, 2004a). Não está na base de sua emergência a idéia de que apenas um âmbito - no caso, o da atenção especializada -, ou, ainda, apenas as ações voltadas para o *locus* hospitalar careceriam de intervenções "humanizadoras". A humanização como política transversal supõe ultrapassar as fronteiras dos diferentes saberes e poderes presentes na produção da saúde. Para além de uma necessária discussão sobre o debate em torno da locução *humanização*, acreditamos importante apresentar as bases da PNH como contexto no qual alguns conceitos ganham centralidade: processo de trabalho em saúde, produção de saúde e de subjetividade, cuidado em saúde.

Na PNH, atribui-se ao termo humanização um sentido positivo que engloba as seguintes perspectivas: 1 valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; 2 fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; 3 aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. A PNH tem como eixo norteador a construção de relações mais horizontais entre profissionais e usuários, enfatizando estes últimos como sujeitos que precisam ter os seus direitos garantidos. Destacamos, na PNH, a consideração de que os serviços de saúde teriam três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores, e a reprodução do próprio serviço como política

democrática e solidária, colocando a participação dos trabalhadores em saúde, gestores e usuários em um pacto de co-responsabilidade (Brasil, 2004b).

O ideário da PNH afirma que, da produção de saúde, fazem parte as: pactuações, negociação dos conflitos, elaboração dos imprevistos e operacionalização da criatividade. Considerar a necessidade de um pacto significa incorporar como reais os conflitos e as possibilidades de alianças. A atual PNH afirma que é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecer seus direitos, explicitar as reais condições em que se dá o processo de trabalho em saúde e o papel central dos profissionais na encruzilhada entre técnica, ética e política. Nessa encruzilhada, o processo de trabalho é qualificado como um espaço de produção de caráter coletivo e compartilhado. O modelo é o da rede de relações entre os sujeitos, que comporta assimetrias de saber e de poder, e cuja transformação depende da construção de práticas de co-responsabilização na direção de um processo em prol da autonomia das pessoas. Há um destaque para as relações baseadas no vínculo e na confiança, resgatando a possibilidade do acolhimento como um qualificativo transformador das ações de cuidado, nas relações de *estar com* e *estar perto de*, reconhecendo as singularidades do adoecer e as diferentes dimensões das necessidades em saúde (Brasil, 2006a). A humanização dos serviços de saúde articula-se de forma central com as mudanças no processo de trabalho e gestão; e a construção do acolhimento é apresentada como um dos recursos para as transformações nas relações entre profissional/usuário e sua rede social e profissional/profissional. Índices importantes para essa mudança precisam estar baseados em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, considerando o usuário como sujeito e protagonista no processo de produção de saúde.

Chamamos a atenção para o fato de que, na PNH, há a perspectiva de não se reduzirem as relações construídas na atenção à saúde ao processo de trabalho, mas ressaltar a dimensão dos processos de produção de saúde. Nas bases dessa proposta, identificamos a preocupação em não se restringirem as transformações a uma discussão clássica sobre revisões nos processos de trabalho. Remetendo à idéia de produção de subjetividade, a PNH expõe, em suas bases, o compromisso com a transformação da saúde como interdependente dos diversos sujeitos, e não só das condições materiais do processo de trabalho, referida ao segmento profissional. Assim, nos documentos, a produção de saúde inclui ou comporta a perspectiva dos processos de trabalho em saúde.

Na discussão sobre ambiência, a perspectiva da produção de saúde comparece afinada com a possibilidade de se potencializarem, na arquitetura, na organização do espaço e das pessoas (sejam profissionais ou usuários), as trocas sociais, os vínculos, os processos de identificação e as referências no cuidado e atenção à saúde (Brasil, 2006b). Muito embora o processo político englobe demanda, formulação e operação no cotidiano, destaca-se a centralidade do processo de trabalho em saúde, reconhecendo-se que, nesse campo, reside ainda uma lacuna importante a ser investigada na associação com a temática da humanização (Deslandes, 2006). Isto porque é nesse nível que são construídas as relações de adesão ou recusa àquilo que é proposto pelos formuladores e gestores. Aos usuários é garantida uma parcela de co-responsabilidade no processo político, pela perspectiva da representação e do controle social. No entanto, no cotidiano da atenção à saúde, fica reservado, aos usuários, o lugar de coadjuvantes, na medida em que o ideário profissional e o imaginário social investem na técnica a possibilidade de resgate dos processos de saúde, recuperação e cuidado. Assim, é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários – em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao *deficit* ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade ou quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na *ponta* do sistema. Tais questões, experimentadas pelos trabalhadores da saúde, assinaladas por Casate e Corrêa (2005), contribuem para um processo de trabalho rotinizado/mecanizado. As propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade.

Na direção das discussões acerca da humanização e do processo de trabalho em saúde, uma das

locuções presentes diz respeito à integralidade. Mattos (2001) defende que a integralidade comporta valores cruciais no cotidiano das políticas de saúde e que os mesmos merecem ser revisitados e defendidos. A integralidade está intrinsecamente associada à capacidade e à sensibilidade dos profissionais de saúde em abordar as situações, em se confrontar com limites de sua ação e em procurar incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Qualquer um dos três sentidos da integralidade apontados pelo autor – princípio orientador das práticas; princípio organizador das políticas e princípio organizador do trabalho – implica “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (Mattos, 2001, p.61). A integralidade, retomada nas discussões contemporâneas reafirma muitos dos temas que a PNH evoca como princípios. A diferença talvez seja que o princípio da integralidade está na letra constitucional, no capítulo da saúde, enquanto a humanização surge como uma tendência das últimas décadas, mais precisamente dos anos 2000 - apesar de encontrarmos na literatura referências a tal discurso desde a década de 1960 (Benevides, Passos, 2005), como apontamos anteriormente.

Nesta direção, Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram o processo saúde-doença como um fenômeno complexo e não restrito à biologia, construindo a base de uma prática integral. Utilizam o conceito de integralidade da atenção à saúde como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população. Essa mudança nas graduações de saúde, segundo os autores, deveria configurar-se como uma política pública a ser assumida na interface entre setor da educação e setor da saúde, dando lugar à humanização também na ordem da formação, não apenas da gestão e atenção, como previsto na PNH. Essa consideração contribui para ampliar a base conceitual da ação de cada profissional na direção de uma configuração de equipe voltada para a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, potencializando cada ação.

Em nossa análise, o conceito de integralidade se dirige, portanto, à produção de saúde, e não apenas ao tratamento. Nesse ponto preciso, ele se encontra com o conceito de humanização nos textos oficiais da PNH, considerando a dimensão do trabalho como parte constitutiva essencial, mas não única, da produção de saúde. O foco recai sobre os trabalhadores e seus processos de trabalho e qualificação profissional. E, se partirmos da humanização, é preciso dizer que o trabalho constitui elemento que significa a dimensão humana no sentido de reconhecimento, produção e realização pessoal. A fim de superar o risco do mecanicismo nos processos de trabalho, a PNH ressalta o papel reflexivo dos trabalhadores, seu potencial inventivo de superação dos imprevistos utilizando a inteligência e a capacidade criativa, a fim de transformar o que, a princípio, seria adverso e contra si próprio, em um instrumento a seu favor. Para tanto, os trabalhadores precisariam de um suporte para intermediar prescrição e ação criativa em face dos imprevistos do cotidiano (Brasil, 2006c).

Faz-se interessante destacar, no âmbito deste artigo, a formulação, na PNH, de que “a gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde” (Brasil, 2006c, p.8). A estratégia privilegiada para a construção deste processo é a formação no trabalho, o que, para Ceccim e Feuerwerker (2004), é a *educação permanente em saúde*. Essa formação possibilitaria a articulação do fazer e aprender, produzindo conhecimento, construindo e desconstruindo saberes, valores e concepções. A relação estabelecida com base no diálogo permanente entre o pólo dos saberes e o das práticas no cotidiano de trabalho a PNH designou como “Comunidade Ampliada de Pesquisa” (CAP), em alusão ao Movimento Operário Italiano, e que pode ser compreendida no Programa de Formação em Saúde e Trabalho. O método que baseia essa formulação é o de *aprender fazendo e problematizando em coletivos*. A PNH avança não só na reconceitualização do que significam as ações e saberes em saúde, mas na revisão dos poderes e estratégias de comunicação e negociação no cotidiano. A noção de CAP sintoniza-se com o pressuposto da construção da horizontalidade e da integração entre os processos de trabalho da atividade prática, do planejamento e gestão, e da avaliação na saúde.

Para Ricardo Antunes, o trabalho ocupa um lugar central na história da realização do ser social, permitindo a produção e reprodução de sua existência - quando se considera que esse trabalho tem por base os laços de cooperação social. De acordo com sua perspectiva, “o trabalho é o ponto de partida para a humanização do ser social e o motor decisivo do processo de humanização do homem” (Antunes, 1995, p.123). Se o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social,

também ele acaba por ser degradado e aviltado, ocupando o lugar de estranho, ao não propiciar realização, convertendo-se em uma função de subsistência. A força de trabalho torna-se, ela mesma, uma mercadoria a produzir mercadorias, e o trabalho se transforma em meio, e não em necessidade primeira de realização humana.

Para Merhy (1994), a categoria processo de trabalho está interligada às opções tecnológicas que fazem parte das práticas em saúde. A tecnologia não é reduzida à utilização de equipamentos: caracteriza-se como relação entre saberes e finalidades. São conceitos centrais no universo do trabalho em saúde: a doença, a normalidade, a patologia, a vida e a morte; tudo isso demarca uma linguagem, que, mais do que consensos e concordâncias, pode revelar dissensos e conflitos no cotidiano de um trabalho no qual atuam profissionais de diversos níveis e especialidades.

Ao focar a "idéia da qualidade do trabalho", Lacaz e Sato (2006) empreendem uma análise com base na perspectiva das micronegociações, que possibilitam a reorganização do trabalho, com a idéia de alcançar uma gestão participativa. No interior desse debate, sobressaem os ideais de autonomia, criatividade, controle e poder dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho. Os autores ressaltam que, nas instituições de saúde (hospitais e unidades de atenção básica), a lógica de produção dos serviços se assemelha à do trabalho fabril. Com base nos autores, percebemos que, no trabalho em saúde, o aumento do grau de crítica e consciência é um caminho para a superação da alienação em relação ao trabalho. Na perspectiva de Lacaz e Sato (2006), a humanização da saúde abarca necessariamente o envolvimento real e concreto dos trabalhadores no compromisso participativo, da ordem negociada, da busca de administração dos conflitos e da conquista da qualidade de vida.

Para Merhy (1994), as tecnologias do processo de trabalho em saúde são quase todas do tipo *leves*, estando envolvidas com as sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades dos diversos atores. Para Schraiber (1996), as ações de saúde englobam as dimensões valorativas, de tomada de decisão e de mediação no lidar com pessoas, demarcando um exercício ético, cujas ações/intervenções definem um viver. A reflexão de Schraiber (1996) inspira associações com a conceituação do cuidado em saúde como um cuidado essencialmente clínico, pois a base desse cuidar se funda na comunicação por parte do paciente e de sua experiência e vivência de adoecimento.

Segundo Silva (2005), o processo de trabalho em saúde caracteriza-se por uma identificação entre o bem desejado, no caso a saúde, pela perspectiva dos usuários, e o produto da ação dos trabalhadores no que se refere ao ato cuidador. Assim, o bem produzido e a ação estreitam os laços entre trabalhadores e usuários em um processo complexo de encontros, desencontros e conflitos na esfera da produção de subjetividades. Tal identificação, que reside no nicho humano, torna-se tanto um espaço possivelmente transformador quanto um campo sujeito a mecanismos de recusa, de proteção e de sobrevivência. Por lidar com aquilo tudo que toca mais fundo o universo humano - como descrito por Merhy (1994) -, é possível que a saúde-doença, como processo a que todos estão sujeitos, mobilize sentimentos os mais diversos e as reações as mais ambíguas.

No campo da saúde, apontamos que, em conjunturas diversas, os agentes sociais atuantes/dominantes do sistema realizam o que Bourdieu (1983) denominou produção de bens sagrados. Tais bens são confirmados e instituídos pelos agentes, participantes do jogo, que estabelecem a ideologia da criação, pois, para que o sistema funcione, é preciso difundir uma crença coletiva e legitimá-la. É por meio das redes de legitimação - quando há relação de recorrência, qual seja: crença-legitimidade-crença, numa visão mais radical - que se instaura a base de construção das verdades no campo científico, no nosso caso, o da saúde.

Conclusão

Consideramos, com bases nos documentos da PNH, que ocorre um avanço relevante no campo político, e que diz respeito à consideração de que a saúde não se resume às práticas assistenciais que a constituem. Ao considerar relevantes a reflexão no interior dos processos de trabalho e a saúde como um espaço de produção, a PNH abre-se para os valores, conceitos, significados e perspectivas diferenciadas que constituem o campo das relações humanas e da produção de subjetividade. Ao falar

em *produção de saúde*, a PNH amplifica o campo, incluindo no mesmo os processos de trabalho como uma de suas dimensões, e vai ao encontro do princípio da integralidade.

Torna-se urgente perceber a diversidade que marca a presença da produção de subjetividade nas práticas profissionais no setor da saúde. Mesmo reconhecendo conquistas e avanços, faz-se necessário discutir nichos de problemas na dimensão das políticas de humanização na área da saúde. Como um desses problemas, assinalamos o fato de que, ao mudarmos estratégias, não necessariamente alcançamos uma transformação real no nível das ações, valores, significados e práticas com as quais os sujeitos se encontram envolvidos em seu dia-a-dia. É importante sublinhar e desnaturalizar o possível maniqueísmo entre práticas identificadas como tradicionais e estratégias inovadoras, ainda assim é bastante interessante, na PNH, a estratégia da CAP como espaço de reflexão coletiva. Tal desnaturalização beneficia a instauração de processos mais reflexivos, necessários ao quadro complexo da realidade sanitária e social brasileira.

Assinalamos a capacidade de a locução humanização vir associada à atribuição de qualidade a quem a utiliza, seja em que área for. Essa capacidade se desdobra naquilo que demarcamos como seu potencial de *grife* ou marca, diluída na sociedade, constituindo jogos de força, um simbolismo na direção de tornar-se um "bem sagrado" no sentido de Bourdieu. A simplificação do uso da categoria humanização na sociedade atual, em diversos setores da vida social, qualificada com um tom positivo e essencialista, contribui para que seja identificada como bem sagrado ou *grife*; sem que isso signifique alterações significativas no campo das práticas e das relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano da atenção em saúde, impõe a reivindicação do reconhecimento de direitos, de necessidades singulares e de práticas cuidadoras.

Um dos aspectos suscitados pela reflexão e análise de parte da bibliografia referente ao tema da humanização na saúde aponta para o fato de que essa temática caminha *pari passu* com os debates sobre o princípio da integralidade. Destacamos que a produção bibliográfica sobre a temática da humanização na área da saúde e da integralidade ganha força na conjuntura dos anos 2000, sobretudo a partir de 2003, com as políticas nacionais de educação permanente em saúde e de humanização da atenção e gestão em saúde. Tais discussões defendem a retomada do tema do humano, das considerações acerca dos processos de produção de subjetividade, do enfrentamento dos mecanismos de despersonalização e objetualização experienciados tanto por usuários quanto por profissionais. O campo da produção de saúde inclui trabalhadores e usuários em mecanismos complexos de identificação, diferenciação, hierarquização e jogos simbólicos de força, poder e reprodução. Em nossa análise, ressaltamos a urgência de se reconhecer a presença de sentidos diversos sobre o tema da humanização. Essa diversidade não significa um fator negativo, mas demonstra a heterogeneidade do campo e dos atores que constroem os significados a partir de determinados lugares e posições sociais. Uma PNH não deve ter o poder de uniformizar, em um único discurso, as ações, mas de enfrentar os desafios dessa diversidade, propiciando o aumento da reflexão dos atores sobre suas práticas.

Referências

- ABBAGNANO, N. **História da filosofia**. Lisboa: Editorial Presença, 2000. v.5.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade/Unicamp, 1995.
- AYRES, R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Ambiência**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **HumanizaSUS**: política nacional humanização, 2004a. Disponível em: <www.saúde.gov.br/humanizasus>. Acesso em: 15 jul. 2006.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa - co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMIGNOTTO, A. A humanização do hospital: fator de eficiência. **Rev. Paul. Hosp.**, v.20, n.11, p.27-30, 1972.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, R.O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde Debate**, v.27, n.64, p.123-30, 2003.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.

DESLANDES, S. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.33-47.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FELDMAM, M. A. et al. Aspectos da humanização do serviço de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual São Pedro. **Rev. Bras. Enferm.**, v.26, n.6, p.515-26, 1973.

GELAIN, I.J. Humanização do hospital. **Rev. Paul. Hosp.**, v.16, n.1, p.3-7, 1968.

KUNKEL, M.B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa/Escola de Saúde Pública, 2002. p.195-202.

LACAZ, F.A.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.109-39.

LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. **Rev. Paul. Hosp.**, v.10, n.5, p.7-10, 1962.

LUZ, M.T. Além da dicotomia saúde-doença: repensando este binômio. **Divulg. Saúde Debate**, n.2, p.53-5, 1990.

MARCH, M.; BORGES, M.E.S.; BONFIM, M.E.S. Humanização da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.26, n.6, p.508-14, 1973.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-60.

- MINAYO, M.C. Prefácio. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.23-30.
- NOGARE, P.D. **Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- PESSOA, E. **Humanização da economia: caminho para nova ordem econômica**. Campinas: Alínea, 2001.
- PUCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.
- SCHRAIBER, L.B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulg. Saúde Debate**, v.12, p.45-50, 1996.
- SILVA, A.L.A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio Política de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.75-98.
- SIMMEL, G. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- TESTA, M. Hospital: visão desde o leito do paciente. **Rev. Saúde Mental Coletiva**, v.1, n.1, p.46-54, 1992.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. La temática de la humanización en la salud: algunos apuntes para debate. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.

La humanización en la salud es objeto de una digresión socio-histórica sobre las bases del humanismo del Occidente y su actual dilución en diferentes sectores de la vida social; dilución calificada en tono positivo, esencialista, que contribuye para que el humanismo se identifique como un "bien sagrado" o una *grife*. Buscando el problematismo de tal cuestión, se consideraron los documentos producidos por la Política Nacional de Humanización, confrontando el principio constitucional de la integración con la orientación de la humanización. En los documentos, la perspectiva de "producción de la salud" engloba: la atención o prestación de cuidado (prácticas profesionales), la gestión de los procesos de trabajo y la participación de los usuarios o control social en el interior de los procesos de trabajo en la salud. Se concluye que discutir humanización significa: rever idealizaciones que desconsideran los límites de lo humano, admitir el conflicto como motor de negociaciones y colocar en análisis la forma en que los grupos se organizan en sus procesos de trabajo.

Palabras clave: Humanización. Producción en salud. Integralidad. Política de salud.

Recebido em 13/11/06. Aprovado em 18/03/08.

Subjetividade e trabalho:

algumas contribuições conceituais de Michel Foucault

Tatiana Ramminger¹
Henrique Caetano Nardi²

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Subjectivity and work: some conceptual contributions from Michel Foucault. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.339-46, abr./jun. 2008.

This article intends to contribute towards the field of studies on the relationships between health and work, and particularly regarding discussions on the relationship between subjectivity and work. Subjectivity is a concept widely used in psychology, even though there is little consensus about its meaning. This article seeks to discuss the concept of subjectivity in Michel Foucault's work, and suggests that this may be a strategic concept, in that it makes it possible to think in terms of the indissociability between individual and collective, interior and exterior, inside and outside, and individual and society. Through this, the dichotomies traditionally present in the field of psychology and in studies on the relationship between work and health are broken.

Key words: Work. Social psychology. Governmentality.

Este artigo pretende contribuir para o campo de estudos das relações entre saúde e trabalho, particularmente para a discussão da relação entre subjetividade e trabalho. Subjetividade é um conceito amplamente utilizado em psicologia, mas nem por isso há um consenso a respeito de seu significado. Busca-se discutir o conceito de subjetividade em Michel Foucault, sugerindo que este pode ser um conceito estratégico, na medida em que nos permite pensar a partir da indissociabilidade entre individual e coletivo, interior e exterior, dentro e fora, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram os campos da psicologia e dos estudos sobre a relação saúde e trabalho.

Palavras-chave: Trabalho. Psicologia social. Governamentalidade.

¹Psicóloga. Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rua Lima e Silva, 250/104 - Cidade Baixa Porto Alegre, RS 90.050-100
ramminger@ensp.fiocruz.br

²Médico. Departamento e Mestrado em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No curso de sua história, o homem não cessou de se construir a si mesmo, ou seja, de trasladar continuamente o nível de sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes que nunca alcançam um final nem nos colocam na presença de algo que pudesse ser o homem.
(Foucault, 2002, p.403)

Um mesmo conceito pode ter diversas definições, dependendo da disciplina, do contexto, do uso, do autor, da interpretação. Observamos que, por vezes, conceitos amplamente utilizados, cuja definição parece evidente e consensual, são justamente aqueles que se prestam às maiores confusões e distorções. Acabam por ser utilizados para “qualquer coisa”, perdendo em precisão e em força.

Um exemplo na psicologia e, mais especificamente, na psicologia social, são as discussões que giram em torno da “subjetividade”, e suas derivações: subjetivação, sujeito, modos e processos de subjetivação, etc. São sinônimos? Há uma clara distinção entre eles? Opõem-se a outros conceitos? Como nos ajudam a pensar (diferente)?

A subjetividade é um conceito estratégico para a psicologia social (Nardi, 2006) na medida em que permite pensar com base na indissociabilidade entre individual e coletivo, interior e exterior, dentro e fora, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram essa disciplina. A raiz não só da palavra, mas, sobretudo, do conceito “subjetividade”, remete à experiência de sermos sujeitos, no duplo sentido da palavra (aquele que é submetido e aquele que realiza a ação), em cada tempo e em cada contexto.

Mas o que é o sujeito? A trajetória moderna e contemporânea do pensamento ocidental foi marcada por esta pergunta. Alguns filósofos, sobretudo a partir de Descartes, construíram a idéia do sujeito como indivíduo, como substância que existe a priori, com uma essência ou intenção a ser descoberta. O fenômeno do indivíduo como dominância de expressão da subjetividade está diretamente ligado ao desenvolvimento do Estado Moderno, a partir do século XVI, que estabeleceu uma nova forma política de poder, combinando astuciosamente as técnicas de individualização e os procedimentos de totalização (Foucault, 1999a).

Ao contrário das formas de governo no Feudalismo e no Absolutismo, o Estado Moderno não se coloca como entidade transcendente, e o governante – ao contrário do príncipe de Maquiavel – não está acima dos demais mortais, em uma hierarquia marcada pela lei e sustentada pela ordem divina (Foucault, 1999a). Os indivíduos podem ser integrados desde que se submetam a um conjunto de modelos e normas bem específicos (Foucault, 1995). É a instauração do Estado Liberal que coloca o indivíduo, a família e a população como alvos da arte de governar. É a lei dos homens, construída no Iluminismo, que passa a gerir a nova ordem. A racionalidade que se gesta é aquela da defesa do território a partir do mito da nação, de uma promessa de felicidade para todos (o bem comum) e de uma utopia de futuro glorioso. Esses elementos, ao mesmo tempo em que possibilitam e justificam o governo dos vivos, mantêm o direito do Estado e o dever do cidadão de lutar pela defesa das sociedades nacionais.

Foucault (2004a) lembra que, depois da 2ª Guerra Mundial, diante dos massacres e do despotismo promovidos pelos Estados, surgiu a idéia de que cabia ao sujeito dar um sentido às suas escolhas existenciais e que estas deveriam libertar-se do modelo de “homem” da racionalidade moderna, marcado pela disciplina. O existencialismo, encabeçado por Sartre, bem como a fenomenologia, retomada por pensadores como Husserl e Merleau-Ponty, dominavam a cena europeia, quando Foucault lançou o livro “As Palavras e as Coisas”, com a seguinte polêmica:

Uma coisa em todo caso é certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tenha colocado ao saber humano. Tomando uma cronologia relativamente curta e um recorte geográfico restrito – a cultura europeia desde o século XVI – pode-se estar seguro de que o homem é aí uma invenção recente. Não foi em torno dele e de seus segredos que, por muito tempo, obscuramente, o saber rondou [...]. O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo. (Foucault, 2002, p.404)

"As palavras e as coisas" é, sobretudo, um gesto de recusa, de rejeição, das teorias a priori do sujeito (Eribon, 1990). É por isso que uma crítica apressada considerou incoerente o "retorno ao sujeito" das últimas obras do filósofo. Fica muito claro, no entanto, que não é um retorno ao mesmo sujeito. Foucault continuou recusando uma forma universal do sujeito, considerando que o sujeito não é uma substância, mas forma e experiência. Seu problema "não era definir o momento a partir do qual alguma coisa como o sujeito apareceria, mas sim o conjunto dos processos pelos quais o sujeito existe com seus diferentes problemas e obstáculos" (Foucault, 2004b, p.261).

Foucault (2004a) identifica duas vias que poderiam conduzi-lo para além da filosofia do sujeito. A primeira era a teoria do saber objetivo, a análise dos sistemas de significação (semiologia). A segunda era a via aberta por uma certa escola da lingüística (Barthes), da psicanálise (Lacan) e da antropologia (Lévi-Strauss), que se agruparam sob a definição de "estruturalismo". Foucault, no entanto, procurou um outro caminho: "Tentei sair da filosofia do sujeito fazendo uma genealogia do sujeito moderno, que abordo como uma realidade histórica e cultural: ou seja, como alguma coisa capaz de se transformar" (Foucault, 2004a, p.94).

O fio condutor do trabalho de Foucault, segundo o próprio, foi a relação entre sujeito e verdade, estudando os modos pelos quais o sujeito pôde ser inserido, como objeto, nos jogos de verdade, ou ainda, como o sujeito tornou-se objeto de conhecimento (objetivação do sujeito).

Uma história que não deveria ser aquela do que poderia existir de verdadeiro nos conhecimentos, mas sim uma análise dos 'jogos de verdade', dos jogos do verdadeiro e do falso através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, ou seja, como podendo e devendo ser pensado. (Foucault, 2004b, p.195)

Ele debruçou-se sobre a objetivação do sujeito no discurso científico, na formação das ciências humanas, como ser que fala (filologia), vive (biologia) e trabalha (economia). Analisou a objetivação do sujeito nas práticas divisoras, ou seja, como o sujeito pôde aparecer do outro lado de uma divisão normativa e, assim, se tornar objeto de conhecimento, na qualidade de louco, doente ou delinqüente. Finalmente, estudou a constituição do sujeito como objeto para ele próprio: a formação dos procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível. Em resumo: como nos constituímos como sujeitos de nosso saber; como sujeitos que ocupam diferentes posições nas relações de poder; e como sujeitos morais em nossas ações (Foucault, 2004a, 2004c, 2004d, 1995).

Interessa-nos, nessa reflexão, sobretudo, a última parte da obra desse autor, quando pretende compreender como "o si" se constitui, elaborando como que uma história da subjetividade, "se entendermos essa palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo" (Foucault, 2004d, p.236).

A relação consigo nos remete àquilo que Foucault identificou como as "técnicas de si" para os gregos, que permitem, a cada um, realizar por si mesmo "um certo número de operações em seu corpo, em sua alma, em seus pensamentos, em suas condutas, de modo a produzir uma modificação, uma transformação e a atingir um certo estado de perfeição, de felicidade, de pureza, de poder sobrenatural" (Foucault, 2004a, p.95). As técnicas de si somam-se aos três tipos principais de técnicas analisados por Habermas (citado por Foucault, 2004a): as técnicas que permitem produzir, transformar, manipular as coisas (técnicas de produção); as técnicas que permitem utilizar sistemas de signos (técnicas de significação ou de comunicação); e as técnicas que permitem determinar a conduta dos indivíduos (técnicas de dominação). E, assim, Foucault (2004a, p.95) conclui: "Se quisermos analisar a genealogia do sujeito na civilização ocidental, é preciso considerar não apenas as técnicas de dominação, mas também as técnicas de si".

Da mesma forma, o trabalho não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas considerando a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Estas também variam conforme o contexto social, histórico e econômico, apontando para diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores. A relação com o trabalho certamente é vivida de forma distinta entre o cidadão e o escravo na Grécia, o senhor e o servo

na Idade Média, ou entre o operário da indústria fordista e o jovem analista de sistemas nas atuais empresas (Nardi, 2006).

Ampliado o entendimento do conceito de subjetividade, debruçemo-nos novamente sobre o sujeito, ou melhor, sobre a complexa construção de uma lógica de pensamento, sobre por que nos reconhecemos como uma unidade separada do mundo externo. Pelo menos essa é a experiência moderna da subjetividade que é vivida virada para si, na perspectiva da primeira pessoa (Ortega, 1999) e que acaba por influenciar, também, a relação contemporânea com o trabalho.

Butler (1997) é uma das autoras que se interessou pelo tema, estudando como nos constituímos como sujeitos, a partir da incorporação de normas sociais, tentando estabelecer um diálogo conceitual entre Foucault e Freud. Para ela, a idéia de Foucault de que o sujeito é formado em sua sujeição, a partir das relações de poder, encontra ressonância no processo descrito por Freud em relação à formação das instâncias psíquicas. Em ambos, o sujeito carrega o paradoxo da submissão a outros por meio do controle e dependência (sujeição), ao mesmo tempo em que esse assujeitamento permite a construção de uma identidade, pela consciência ou conhecimento de si mesmo. Submeter-se é, portanto, condição primeira de possibilidade da existência.

No entanto, esse assujeitamento, em Foucault, também é paradoxal, pois que nos aprisiona a normas mas traz, em si mesmo, as possibilidades de resistência. Isso porque, para ele, o poder não é uma "forma", mas um conjunto de relações, que além de não ter efeito apenas repressivo, mas também produtivo e constitutivo, sempre está acompanhado da resistência. Foucault (1999b) afirmava que onde não existe possibilidade de resistência não há relações de poder, mas um estado de dominação. Seu conceito de resistência também é diferente daquele da psicanálise, onde não é possível mudar a "Lei", o ideal normativo, o modelo. Para Foucault, o Imaginário, ou a consciência, não é produto apenas das normas, mas também da resistência, pois ninguém consegue adaptar-se completamente a um modelo, sempre há algo que escapa, que resiste. Para as vertentes conservadoras da psicanálise, a Lei está dada e tem a possibilidade de se atualizar. Para Foucault, a Lei está em permanente construção, por pressupor uma relação. Quando a Lei retorna e incide sobre o sujeito, ela já retorna de outro jeito, sob efeito de um deslizamento produzido pela transformação do tempo e das condições de sua instalação primeira. Não seria uma atualização, mas uma reinstalação da Lei. O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela e transformá-la.

Essas considerações são importantes para pensar o trabalho, pois ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as.

A maneira de relacionar-se com as regras, estabelecidas em cada período histórico, definem os modos e processos de subjetivação. O modo de subjetivação diz respeito à forma predominante dessa relação, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua vida (Nardi, 2006). Assim, quando falamos dos modos de subjetivação de uma categoria de trabalhadores, estamos nos referindo ao modo predominante e a como os trabalhadores relacionam-se com o regime de verdades que atravessa seu trabalho (os discursos da qualidade total, da eficiência, do "vestir a camiseta"), vendo-se ligados ao cumprimento de determinadas regras estabelecidas por esse discurso que, ao mesmo tempo, permitem seu reconhecimento enquanto trabalhador. Já o processo de subjetivação seria como cada trabalhador vivencia essa relação em sua trajetória particular.

Entendendo a relação que Foucault estabelece entre poder, saber e subjetivação, podemos avançar em sua problematização do modo de governo contemporâneo e de como este produz sujeitos, práticas e saberes no campo do trabalho. Embora sempre tenha feito um esforço para demonstrar que Estado e poder não são sinônimos (já que o poder, em sua condição relacional, não pode ter localização específica), Foucault não deixou de lado a questão do Estado.

Ao final da década de 1970, o filósofo dedicou-se a fazer uma genealogia do Estado Moderno, traçando três principais momentos. Primeiro, o Estado de justiça, definido a partir do território, do tipo

feudal e ancorado em uma sociedade da lei. Posteriormente, um Estado administrativo (séculos XV e XVI), que diz respeito a uma territorialidade do tipo fronteira e a uma sociedade do regulamento e da disciplina. Finalmente, o Estado de governo, que não mais se define pela noção de território ocupado, mas de população. A noção de governo é entendida de forma ampla, incluindo técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos indivíduos, aqui especificamente por meio de uma ação estatal (Foucault, 1999a, 1997). É assim que uma habilidade que dependia exclusivamente das virtudes do "príncipe", passou a integrar uma "arte de governar", para finalmente especializar-se em uma técnica: a governamentalidade, "uma forma bastante específica e complexa de poder que tem como alvo a população, por forma principal de saber a economia política e, por instrumentos técnicos essenciais, os dispositivos de segurança" (Foucault, 1999a, p.291).

Este momento marca, ainda, a crítica da função do Estado realizada pelo liberalismo. Liberalismo, entendido aqui, como nos lembra Foucault, não como uma teoria, ideologia, doutrina ou política, mas, sobretudo, como uma reflexão crítica sobre a prática governamental (Foucault, 1997). O problema até então era discutir como reforçar o exercício do Estado, que ainda era omissivo em inúmeras áreas, sendo que só uma governamentalidade crescente poderia regular o desenvolvimento de uma sociedade harmônica. Em suma, se há problemas, é porque se governa muito pouco. O liberalismo, por sua vez, é atravessado pelo princípio: "governa-se sempre demais", ou ainda, "por que seria preciso governar?" O liberalismo inverte a finalidade do Estado, que não deve ser voltado para si mesmo, ou seja, para a maximização de seu controle, mas para a sociedade: "A reflexão liberal não parte da existência do Estado, encontrando no governo um meio de atingir essa finalidade que ele seria para si mesmo, mas da sociedade que vem a estar em uma relação complexa de exterioridade e interioridade em relação ao Estado" (Foucault, 1997, p.91).

Nesse processo, Foucault vai distinguir, ainda, o liberalismo pós-guerra alemão, e o liberalismo americano, da escola de Chicago. Para o primeiro, as disfunções e problemas da sociedade capitalista não são inatos ao capitalismo, mas fruto da má intervenção estatal. O Estado, neste sentido, não tem uma função negativa ou compensatória (limitando-se à transferência e redistribuição de renda, por exemplo), mas positiva, já que é a base para a criação das condições históricas e sociais do mercado. É a proposta de construir uma economia, não sob uma base naturalista, mas institucional (Lemke, 2001). Já na tradição americana, a matriz econômica generaliza-se para todas as áreas, em dois principais movimentos: áreas não econômicas são investigadas valendo-se de categorias econômicas, ao mesmo tempo em que há uma forte crítica das práticas governamentais, também com base em conceitos do mercado. As relações sociais e comportamentais podem ser explicadas utilizando-se a economia como critério, enquanto a noção de racionalidade do Estado é substituída pela idéia de que o Estado não define ou monitora o livre mercado, e sim o mercado que é o princípio organizador e regulador do Estado (Lemke, 2001). Enquanto o modelo alemão considera que a regulação dos preços pelo mercado é, em si, tão frágil que deve ser sustentada por uma política interna e vigilante de intervenções sociais, "o neoliberalismo americano estende a racionalidade do mercado, os esquemas de análise que ela propõe e os critérios de decisão que sugere, a domínios não prioritariamente econômicos" (Foucault, 1997, p.96).

Um exemplo citado por Lemke (2001) é a "teoria do capital humano", um tipo especial de "capital", visto que não pode ser separado da pessoa que o possui, resultado da predisposição genética somada ao investimento pessoal de cada um. O salário dos trabalhadores, nesse modelo, parece não mais ser dependente da política econômica de cada organização, mas resultado das decisões e investimentos em si mesmo, de cada trabalhador. Assim, o neoliberalismo integra a racionalidade do governo à ação racional dos indivíduos, em uma clara demonstração da polaridade entre subjetividade e poder, e de como as políticas de governo se estendem às formas de auto-regulação subjetiva: tecnologia de governo e técnicas de si.

Certos estudos sobre a relação entre Estado e sociedade revelam que o neoliberalismo não é a redução do Estado ou sua limitação a funções básicas, ao contrário, no modelo neoliberal, o Estado não só retém sua função tradicional, como incorpora novas tarefas e funções. Desenvolve indiretamente técnicas de controle dos indivíduos sem, no entanto, precisar responsabilizar-se por eles. A estratégia de formar sujeitos responsáveis por si mesmos (e também pelos coletivos, famílias, associações etc), transfere a responsabilidade pelos riscos sociais, antes atribuída ao Estado, para a esfera das escolhas

individuais. A aparente “retirada” do Estado também é uma técnica de governo. A competência regulatória do Estado é, paulatinamente, substituída pelo apelo à responsabilidade individual e ao autocuidado. A estratégia neoliberal é, portanto, suplementar os antigos mecanismos regulatórios e disciplinares, com o desenvolvimento de técnicas de auto-regulação (Lemke, 2001).

O trabalhador agora é autônomo, flexível, enxuto (mas não só ele, também as instituições e o Estado!), assumindo integralmente a responsabilidade por sua atividade, bem como por suas possíveis falhas. As principais revistas e telejornais brasileiros estão recheados de exemplos que parecem enunciar de diferentes maneiras: “o problema não é o mercado de trabalho, é você!” Os cursos de aperfeiçoamento, ao invés de apresentar um “custo”, convidam a um “investimento”. Livros de auto-ajuda, sempre na lista dos mais vendidos, prometem resolver os problemas sociais pela prometida revolução – não contra o capitalismo, patriarcado ou racismo – mas contra a maneira equivocada de se governar a si mesmo (Lemke, 2001). Recentemente, por exemplo, a revista *Veja* publicou matéria com a seguinte manchete: “Gordura faz mal para o bolso: pesquisas mostram que as pessoas gordas têm renda menor que a das magras”, citando estudos americanos da Universidade de Ohio e de Nova York que relacionam a perda de peso ao aumento da renda, e vice-versa (*Revista Veja*, 28 de setembro de 2005, p.102). Nesse modelo neoliberal de racionalidade de governo, as bordas entre público e privado são redesenhadas, e o foco de uma possível intervenção não é mais da ordem política e social, mas individual e subjetiva, em uma precária e forjada harmonia entre as políticas de estado e o estado subjetivo, onde o bem-estar social depende do bem-estar individual (Lemke, 2001).

Para entender o sujeito contemporâneo e, conseqüentemente, seus modos de trabalhar, deve levar-se em conta não apenas as técnicas de dominação, mas também as técnicas de si, ou melhor, a interação entre esses dois tipos de técnica. O ponto onde as técnicas de si são integradas nas estruturas de coerção e dominação, onde a tecnologia de dominação dos indivíduos transforma-se em outro recurso desse processo por atos dos indivíduos sobre si mesmos, em uma técnica de governo específica, denominada por Foucault de “governamentalidade”. Governar pessoas não é um jeito de forçá-las a fazer o que o governo quer que façam; mas um versátil equilíbrio, com complementaridade e conflito, entre as técnicas que asseguram a coerção e os processos, por meio dos quais, o si é construído ou modificado por si mesmo (Foucault citado por Lemke, 2001).

Lemke (2001) nos lembra que o conceito de governamentalidade é particularmente potente, pois ele permite demonstrar que o neoliberalismo é um projeto político que criou uma sociedade sugerindo que ela já existia. A captura subjetiva aí construída foi problematizada por Foucault no final de sua obra, quando ele, pela via da obliquidade histórica (Gros, 2002), busca nos mostrar como o sujeito grego se constituía de forma distinta, tanto no que se refere aos cuidados de si como no estatuto da relação com a verdade. Essa diferença nos possibilita pensar que podemos nos constituir de múltiplas formas e inventar novas estilísticas da existência, não restritas ao julgamento permanente do tribunal do mercado. Mostrar que somos mais livres do que pensamos, como ele mesmo afirma, quando busca dar um sentido a sua obra (Foucault, 1994).

Referências

- BUTLER, J. **The psychic life of power: theories in subjection**. California: Stanford University Press, 1997.
- ERIBON, D. **Michel Foucault: 1926-1984**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- FOUCAULT, M. Sexualidade e solidão. In: MOTTA, M.B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p.92-103. (Ditos e escritos, 5)
- _____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M.B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p.192-217. (Ditos e escritos, 5)
- _____. O retorno da moral. In: MOTTA, M.B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c. p.252-63. (Ditos e escritos, 5)
- _____. Ética, sexualidade, política. In: MOTTA, M.B. (Org.). **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004d. p.234-9. (Ditos e escritos, 5)
- _____. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. A governamentalidade. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999a. p.277-93.
- _____. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. In: _____. **Estética, ética e hermenêutica: obras esenciales**. Barcelona: Paidós, 1999b. v.3. p.393-415.
- _____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- _____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Orgs.). **Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-49.
- _____. Verité, pouvoir et soi. In: DEFERT, D.; EWALD, F. (Orgs.). **Dits et écrits**. Paris: Gallimard, 1994. p.777-83.
- GROS, F. **Foucault, le courage de la verité**. Paris: PUF, 2002.
- LEMKE, T. The birth of bio-politics: Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. **Econ. Soc.**, v.30, n.2, p.190-207, 2001.
- NARDI, H.C. **Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto do capitalismo contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.
- ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Subjetividad y trabajo: algunas contribuciones conceptuales de Michel Foucault. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.339-46, abr./jun. 2008.

Este artículo pretende contribuir para el campo de estudios de las relaciones entre salud y trabajo, particularmente para la discusión de la relación entre subjetividad y trabajo. Subjetividad es un concepto ampliamente utilizado en psicología, aunque pese a ello no hay consenso respecto a su significado. Se busca discutir el concepto de subjetividad en Michel Foucault, sugiriendo que este puede ser un concepto estratégico, en la medida en que nos permite pensar a partir del hecho de que no se puede disociar lo individual de lo colectivo, interior y exterior, dentro y fuera, individuo y sociedad, rompiendo las dicotomías que tradicionalmente marcaron los campos de la psicología y de los estudios sobre la relación salud y trabajo.

Palabras clave: Trabajo. Psicología social. Governmentalidad.

Recebido em 28/03/07. Aprovado em 14/02/08.

Para uma posição enunciativa no discurso pedagógico mediado por ambientes virtuais de aprendizagem

Regina Maria Varini Mutti¹
Margarete Axt²

MUTTI, R.M.V.; AXT, M. Towards a stated position in pedagogical discourse mediated by virtual learning environments. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.347-61, abr./jun. 2008.

With a view towards pedagogy for computer-based environments relating to distance learning, and focusing on higher education, this study had the aim of bringing to light the effects of meanings implied in the act of interpretation that has idealized a synchronous and asynchronous communication tool called *ForChat*. For discursive analysis, verbal formulations were taken from the corpus studied. These provided the themes for the sustaining principles within the dimensions of their purposes, formats and uses in virtual classrooms set up as learning communities. The results from the analysis highlight the unclinking of the illusion of oneness, from the participants' immersion in the flow of the interaction, supported by another, non-capitalistic, space-time dimension for interactive exchanges. This dimension recognizes the subjects' heterogeneities and the meanings produced in the discursive order of the telematic writings.

Key words: Educational technology. Distance education. Higher education. Learning computer based environments and interaction. *Forchat*.

Tendo em vista uma pedagogia para ambientes informáticos na Educação a Distância, com foco privilegiado no ensino superior, este estudo se propõe a evidenciar efeitos de sentidos implicados no gesto de interpretação que idealizou uma ferramenta de comunicação (síncrona e assíncrona) - o *forchat* -, tomando, para análise discursiva, formulações verbais do *corpus* estudado que tematizam os princípios que a sustentam, nas dimensões de sua finalidade, formato e uso em classes virtuais, constituídas como comunidades de aprendizagem. Os resultados da análise destacam o desvelamento da ilusão do um, a partir da imersão dos participantes no fluxo da interação, suportado por uma outra dimensão espaço-temporal, não capitalística, para trocas interativas, e que reconhece as heterogeneidades dos sujeitos e dos sentidos produzidos, na ordem discursiva da escrita telemática.

Palavras-chave: Tecnologia educacional. Educação a distância. Educação superior. Ambientes virtuais de aprendizagem e interação. *Forchat*.

¹ Licenciada em Letras. Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Visconde de Duprat, 261 - Petrópolis, Porto Alegre, RS 90.690-430
reginamutti@terra.com.br

² Licenciada em Letras. Departamento de Estudos Especializados, Faculdade de Educação e Programas de Pós-Graduação em Educação e em Informática na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Uma análise discursiva

À medida que se compreende a Educação enquanto produção de subjetividades, as novas tecnologias de informação e comunicação passam a operar como dispositivos de subjetivação. Influem nos modos de constituição de sujeitos e sentidos, tendo em vista sua aparição numa era hoje designada como cibercultura. Sabemos que, no discurso pedagógico, o uso das novas tecnologias pode representar posições diversas, inclusive contraditórias. No caso em análise, aposta-se numa posição pedagógica de agitação às formas estabilizadas de constituição do pedagógico; aposta-se na possibilidade de dinamizar as formas de relação dos sujeitos com os saberes, de modo que professor e aluno sejam parceiros na experiência de produzir o saber, na qual a tecnologia é essencial (Axt, 2005).

Com base em Deleuze, citado por Fonseca (Axt et al., 2003a), reforça-se que a noção de produção de subjetividades está relacionada ao devir, não se tratando, pois, de uma essência; a subjetividade trata-se de um efeito, um produto do tempo social no qual se engendra. Sendo efeito do tempo, é também indicadora desse tempo, no qual o "fora" forja o "dentro", como uma dobradura. Desse modo, o lado de "dentro" da dobra, também morada do pensamento, é fruto da inflexão de forças do "fora" que se dobra, enlaçando o "dentro". Decorre, assim, que a produção do sujeito resulta de confluências diversas, marcadas pela dinamicidade e complexidade. Em consonância, quando falamos em modos de subjetivação na educação escolarizada mediada pela tecnologia, estamos nos situando nesse "dentro" do fluxo, que é constituído, também, pelo seu "fora". É nessa estreita relação que se vai apreender o sujeito, como efeitos de sentidos ligados à posição discursiva em que ele, sujeito, se constitui e é constituído.

Reitera-se, pois, que a apreensão, pelo sujeito, das "interpretações enquanto atos que surgem como tomadas de posição, reconhecidas como tais, isto é, como efeitos de identificação assumidos e não negados" (Pêcheux, 1990, p.57), torna-se possível apenas como efeitos de sentidos discursivos. Tais efeitos de sentido resultam do percurso da análise, no qual cotejamos a materialidade enunciada e sua relação com o enunciável.

Por meio da análise do funcionamento discursivo, procura-se entender como o simbólico - confrontado ao político, pois que esta é a base de todo discurso - diz do seu real. O caso em análise vai ser considerado enquanto objeto constituído no discurso que o funda e que acaba por marcar uma posição na área da telemática educativa; nas palavras que o concebem, aponta às posições interdiscursivas - de reforço, de confronto - em cujo embate foi engendrado. Essas identificações, como são compreendidas, dão-se com base em sentidos estabilizados, que figuram como "já lá", mas que emergem de modos diversos; não são, pois, nem poderiam ser plenamente coincidentes, deixando brechas por onde o sentido escapa. A análise se propõe então, na esteira de Pêcheux (Mutti, 2005), ao desafio de mostrar as dimensões heterogêneas do discurso. Com base nessas lacunas, a partir da materialidade do enunciado, permitimo-nos indagações que conduzem ao enunciável, e nessa interface enunciado/enunciável cabe-nos então, enquanto analistas, formular uma interpretação.

Retomando: a materialidade analisada é de natureza verbal, embora o real do objeto discursivo não se esgote nas palavras que o descrevem... Não obstante, descrevendo suas características, salientando seus atributos e suas propriedades de constituição e uso, supõe-se que o destinatário forme, ele mesmo, o "efeito-real" do referente do discurso, cuja natureza é sempre simbólica e subjetiva. Trabalha-se não com a noção de transmissão de mensagens, nem com a noção de plena coincidência entre linguagem e referente, mas sim com o conceito de "efeito de sentidos" entre interlocutores, conforme Pêcheux (1999, 1990); e ainda, com base em Authier-Revuz (1998), considera-se que a relação entre as palavras e as coisas, assim como dos interlocutores entre si, na linguagem, é marcada por não-coincidências.

Vale lembrar, conforme aponta Mutti (2004), a posição assumida pelo grupo de pesquisas liderado por Pêcheux diante do advento da informática: conforme relata Maldidier (2003), a vinda da informática foi vista nesse grupo em sua possibilidade de causar "desordens", e que esta mesma (des)ordem deveria ser o alvo de pesquisas. Tratava-se, mesmo, de uma forma de manifestação de um pensamento político, reconhecer o advento dessa "proliferação" de sentidos. O enfrentamento disso consistiria em "se instalar no centro mesmo do fluxo, não para o conter, mas para aí preservar espaços de

interrogações, para aí desfazer o fechamento dos sentidos" (p.86). Enfatiza a autora que Pêcheux assim referiu: "a informática pode representar a mais grave das ameaças [...] a menos que a utilizemos como uma arma para defender os espaços não fechados de sentidos" (Maldidier, 2003, p.89).

Defender espaços não fechados de sentidos significa, então, abrir à interação entre sentidos, à participação de múltiplos e heterogêneos sentidos, fazendo-os "entrar no fluxo", no fluxo da interação, a estar "no meio" da interação: Deleuze e Guattari (2000) sugerem que o meio é "o lugar onde as coisas adquirem velocidade"; em outras palavras, o meio é onde os sentidos proliferam, abrindo à multiplicidade de cruzamentos entre séries de sentidos, desfazendo os fechamentos (Axt, 2005). Seguindo essa trilha, Axt e Elias (2003, p.260) enfatizam que uma situação interacional de aprendizagem é "viver-experienciar encontros múltiplos entre múltiplos pensamentos... [é] entrar de 'corpo e alma' num verdadeiro acontecimento", este último co-extensivo ao devir, por sua vez co-extensivo à linguagem, aos sentidos na linguagem.

Antes de prosseguir com a análise propriamente dita de nosso caso (uma palestra que descreve os princípios que levaram à construção de uma ferramenta para a comunicação à distância e à prática pedagógica aí exercitada), propõe-se uma visada ao referente que deu origem às formulações na palestra.

Uma visada ao referente

O referente, foco de uma palestra proferida por Axt (2005), nosso objeto discursivo de análise, trata-se de uma ferramenta de comunicação - o *forchat* - criada para propiciar ações pedagógicas à distância que proponham uma intensiva interlocução virtual entre participantes dispostos a discutir um tema, um autor, um projeto ou, inclusive, escrever um ensaio em conjunto. Atividades como essas se mostram em consonância com dispositivos pedagógicos que predispõem à interação, podendo mesmo constituir redes conversacionais no formato de comunidades virtuais, concebidas com o propósito de favorecer um alto grau de interação dialógica entre seus participantes.

Antes de prosseguir, observe-se que Axt (2006) ampara o conceito de interação dialógica no dialogismo bakhtiniano, em que toda a relação dialogal implica necessariamente a alteridade, e em que a toda expressão enunciativa (mesmo quando de efeito retardado em relação a uma expressão anterior) corresponde sempre uma atitude responsiva ativa prévia, dando conta de um contexto pragmático-enunciativo e interacional, enquanto pressuposto de linguagem e de sujeitos de linguagem em relação. A amplitude desse contexto é sempre variável, uma dessas dimensões podendo incluir um diálogo real entre dois interlocutores concretos... Uma escuta ativa e compreensiva leva, mais cedo ou mais tarde, a réplicas multifacetadas, plurais, que integrarão o fluxo dialógico, participando de sua composição, desde uma perspectiva polifônica, de múltiplas vozes plenas de valor, capazes de manter com outras vozes do discurso uma relação de reciprocidade, marcando o lugar da alteridade e de afirmação do outro como outro sujeito, outro sentido, assim desestabilizando o sentido do "um". Um contexto propício à interação dialógica é justamente o constituído por comunidades virtuais de aprendizagem, as quais, segundo Axt (2004), ao estarem situadas no ciberespaço, podem desconhecer as divisões capitalísticas dos espaços-tempos e das hierarquias convencionais, derrubando paredes e habitando a plasticidade da sincronia (que pode ser mediata) e da distância (que pode ser relativa), em que todos podem/devem se expressar. A autora considera que essa abordagem pode transformar a natureza e o modo de gestão do conhecimento, na medida em que a possibilidade ampla de expressão, garantida na dialogia pela escuta, transformaria, por sua vez, a natureza econômica da interação professor-aluno e aluno-aluno. Uma expressão ampla poderá operar uma passagem em direção a uma nova forma de gestão da própria interação, em que cada um pode aferir e conquistar o tempo/espaço necessário a sua própria expressão (independentemente do número de atores ou de demandas que enfrenta no cotidiano, ou do capital simbólico que detém), enquanto acaba, na mesma medida e por reciprocidade, por garantir também a escuta do outro, numa oposição radical à gestão-divisão dos espaços/tempos das interações nas salas de aulas convencionais.

Observa-se que tais ações pedagógicas, calcadas numa dinâmica de intensa participação coletiva, **não se limitam unicamente ao aspecto tecnológico**. Os princípios **metodológicos** dessa dinâmica

podem ser reinterpretados em outros ambientes de aprendizagem, em que pese não o serem, talvez, na mesma medida de intensidade da produção coletiva: compreende-se que a maior potência dos efeitos desejados depende do entranhamento dos princípios, ao mesmo tempo metodológicos e tecnológicos, de construção do dispositivo, maquinaria tecno-ativa e discursiva, criando uma "derivada positiva" de subjetivação, na produção de agenciamentos coletivos de enunciação e sentidos. A especificidade dessa ferramenta de comunicação à distância é que os princípios tecnológicos que a constituíram se deixam penetrar pela perspectiva teórico-conceitual e metodológica de natureza conversacional-dialógica, favorecendo que a produção coletiva possa alcançar uma potência máxima.

O software *ForChat*³ é uma ferramenta de comunicação que pode ser utilizada por alunos e professores de vários níveis de ensino, em qualquer área do Conhecimento, sempre que o objetivo for a interação dialógica (argumentativa, narrativa, expressiva, contratual), de caráter teórico conceitual-metodológico, ou de caráter estético-ficcional, em que todos os participantes se encontram em posição de interlocução, por meio da escrita autoral. Sua estrutura baseia-se num complexo conceitual que busca privilegiar o acesso ao ambiente de modo mais intuitivo, ao compor, ou fundir, num mesmo espaço, simultaneamente, as funções de *Chat*, fórum e mural, mantendo o usuário imerso no texto de leitura ao mesmo tempo em que ele se dedica a produzir seu próprio texto. O *forchat*: 1 retira sua dinâmica do conceito de *chat*, traduzindo-a em termos de velocidade e integração nos encontros síncronos, suportando sem maiores problemas o acesso simultâneo de grandes grupos, e armazenando e deixando visível todas as discussões neste modo síncrono (pelo que apresenta características de fórum); 2 disponibiliza, pelo conceito de fórum, a consulta a todas as mensagens postadas pelos participantes, síncrona e assincronamente, as contribuições podendo ser posicionadas de modo a se dirigirem a todos ou a um em particular; preserva e disponibiliza on-line todas as discussões na íntegra, possibilitando, aos mesmos, também ler e responder no modo atemporal, respeitando apenas o sistema de organização por semanas, atualmente em vigência (sem qualquer outra ordem hierárquica, pelo que se aproxima do mural); 3 retira do conceito de mural a característica de rede temática aberta, sem hierarquização.

Recentemente, essa dinâmica interacional foi experimentada, em curso de especialização, explorando um ambiente virtual de aprendizagem desenvolvido segundo outra concepção, com índice de aproveitamento muito bom (Axt et al., 2006), evidenciando que a metodologia proposta não fica limitada à ferramenta de referência exclusivamente. Contudo, também foi possível evidenciar que o aproveitamento da produção coletiva não chega a alcançar os mesmos níveis de aproveitamento em termos de intensidade interlocutiva estabelecidos no *forchat* (Axt et al., 2006). Outra experimentação em andamento diz respeito ao uso de listas de discussão como rede conversacional, segundo a concepção metodológica do *forchat*, com estagiários em psicologia social (Lazzarotto, 2007).

Novak (2005) pesquisou a produtividade gerada no *forchat*, efetivando levantamento quantitativo das interações entre os membros de um seminário de pós-graduação com 39 participantes, num período de 15 semanas. Nesse estudo, foram catalogadas e classificadas as mensagens postadas durante o período de 21 de abril a 3 de agosto de 2003, totalizando 4.413 mensagens. O autor concluiu que foi espetacular o volume de mensagens postadas, indicando o número exponencial de 172.107 mensagens; calcula que dividindo o total de mensagens no período pelo número de participantes tem-se 111,97 mensagens, numa média de 7,56 mensagens semanais por participante, considerando a dinâmica de

³ O *forchat* foi idealizado por Margarete Axt e implementado por bolsistas do Projeto PROVIA/UFRGS/ Diretório CNPq: Tiago D. Sturmer, Fábio M. de Carvalho, Lucas Guimarães e Daniela P. Paiva, com a colaboração de pós-graduandos. Do ponto de vista da programação, o Software *ForChat* viabiliza o intercâmbio de informações em formato de lista de discussão, mas dispondo todos os registros on-line. A estrutura do software baseia-se no armazenamento de mensagens em um banco de dados MySQL, ordenadas por meio de uma página em PHP, para posterior exibição em um browser (<http://www.lelic.ufrgs.br/forchat>).

liberdade quanto ao número de postagens e volume de caracteres. Conforme a Figura 1, o volume de mensagens semanais variou entre duzentas e quatrocentas mensagens, aproximadamente.

Novak (2005) observou ainda que a evolução das interações manteve-se constante; na oitava semana do seminário, houve uma queda acentuada nas interações síncronas, devido a problemas de acessibilidade do sistema no horário dedicado a essa modalidade. Entretanto, a diminuição das interações síncronas foi compensada com maior número de interações assíncronas, nessa semana. A Figura 2 mostra que na evolução das 15 semanas analisadas, a curva das interações assíncronas acompanha, em patamares inferiores, o traçado das interações síncronas.

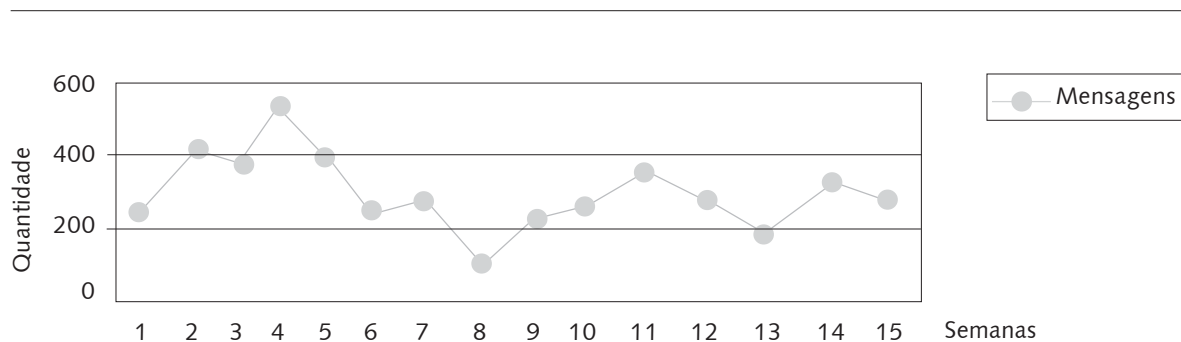


Figura 1. Representação quantitativa de mensagens postadas no *forchat* (Novak, 2005).

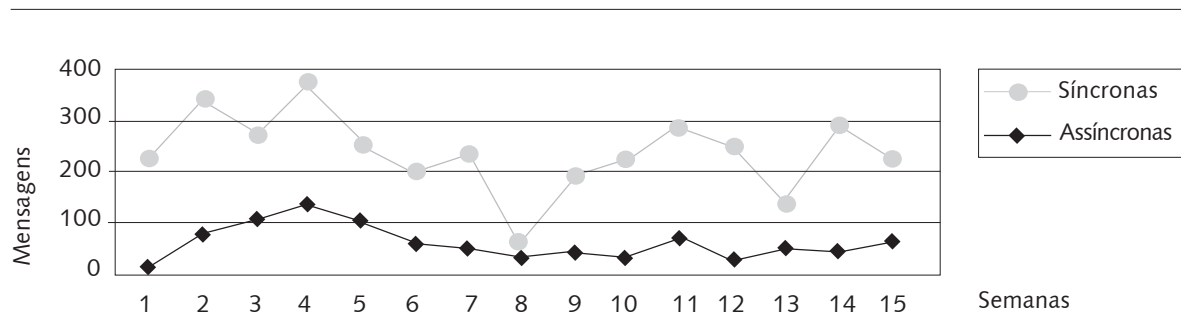


Figura 2. Representação do sincronismo de postagens no *forchat* (Novak, 2005).

O *forchat* caracteriza-se, portanto, como um ambiente telemático, para uso nas modalidades de Educação a Distância dispostas a praticar a construção compartilhada do conhecimento por meio da conversação (escrita) e debate entre os participantes. Sua arquitetura é demasiado simples, como se fora uma folha em branco na qual é preciso inscrever a letra, ou uma praça vazia à espera de seus "habitués".

A tela inicial do *forchat* mostra a caixa de texto para inclusão de mensagens. Na parte superior da tela, o *menu* permite, a cada participante, escolher seu *avatar* (se assim o desejar); facultar-lhe, ainda, definir a semana na qual vai se inserir para acompanhar os debates e o número de mensagens da semana que deseja ver expostas em sua tela a cada atualização da página, tendo em vista o tempo de processamento das atualizações.

Estando os diálogos em andamento, a tela do *forchat* indica que, após cada intervenção, é possível responder diretamente ao teor da mensagem correspondente, usando-se uma caixa de texto suplementar, situada logo após a mesma. Essa situação assinala que o usuário pretende interagir com um interlocutor específico. Funciona como uma resposta a uma mensagem existente, conforme esclarece Novak (2005). A segunda caixa de diálogo, situada ao pé da página, consiste na caixa padrão para envio de quaisquer mensagens. Ficam registradas as páginas disponíveis nos debates da semana, com links de acesso às respectivas páginas e mensagens correspondentes.

A dimensão da prática do *forchat* no seu uso real tem sido alvo de diversas pesquisas; somam-se cerca de dez trabalhos acadêmicos, entre dissertações e teses, além de uma série de artigos derivados nos quais essa reflexão é desenvolvida. Constituíram alguns focos temáticos: formação de professores em serviço, formação em ensino de graduação e orientação de estágio, estágio de docência na pós-graduação, traços de evidência de heterogeneidade constitutiva, constituição de redes de conversação como modo de inscrição na escrita de crianças com dificuldades de aprendizagem, constituição de redes de conversação como modo de inscrição na escrita de jovens monitores em serviço nos tele-centros de Porto Alegre/RS etc.⁴.

A análise ensejada neste artigo, entretanto, caracteriza-se por centrar-se no **discurso** sobre o *forchat* e suas possibilidades pedagógicas, e não sobre a ferramenta propriamente dita⁵. Para os procedimentos analíticos, seguindo Mutti (2007), partiu-se da materialidade discursiva, isto é, das formulações lingüísticas extraídas de uma exposição de Axt (2005), na qual salienta a “maquinaria teórico-conceitual” que dá consistência ao *forchat*, os princípios tecno-metodológicos sob os quais ele foi engendrado. A análise considera empregos lexicais em sua relação com os “gestos de designação” que apontam aos “procedimentos de montagem” do trajeto da memória (Pêcheux, 1999, p.55), configurando a posição enunciativa assumida no discurso pedagógico mediado pelo *forchat*. Ressalta-se que, para a interpretação analítica, concorre também a memória de pedagogias várias em que o *forchat* foi efetivamente empregado e que sustentam conceitualmente sua proposta metodológica de prática docente⁶.

Nossa pergunta norteadora nesta análise discursiva é: Que efeitos de sentidos emergem da descrição de atributos do *forchat* e seu modo de uso, caracterizando uma posição enunciativa singular?

Análise: efeitos de sentidos

Nesta parte do artigo, retomamos o *forchat* como objeto construído **discursivamente**; para tanto, seguindo os procedimentos teórico-analíticos da Análise de Discurso fundada por Michel Pêcheux (1990), constituímos o *corpus* para análise discursiva com base em uma palestra de Axt (2005), na qual a autora salienta os princípios e atributos tecno-metodológicos da ferramenta, idealizada na junção entre telemática e pedagogia. Pretende-se mostrar, nos recortes discursivos tomados para análise, o modo como o *forchat* se constituiu como materialidade, inscrevendo-se no interdiscurso das novas tecnologias para a educação.

A análise, valendo-se de marcas lingüísticas, busca chegar à ordem do discurso, que, segundo Orlandi (2001, p.13), “é do domínio do simbólico na relação com o real da história (a sistematicidade sujeita a equívoco), articulação necessária e contraditória entre estrutura e acontecimento”. Supõe-se assim, com base no referencial teórico-analítico adotado, que a emergência do *forchat*, como um

⁴ Observe-se, como fator relevante, que os que tomaram o *forchat* como palco para o desenvolvimento de suas temáticas de pesquisa e como ambiente de interação com seus sujeitos de pesquisa, foram antes participantes das experimentações realizadas com a ferramenta na Pós-Graduação da UFRGS (PPGEDU e PPGIE).

⁵ Observa-se que, em que pese tratar-se de uma análise discursiva de formulações retiradas de uma palestra, as características do referente e seu modo de uso tomam vulto mediante jogo de efeitos de sentidos.

⁶ Dentre os trabalhos produzidos que enfocam a dimensão pedagógica centrada no *forchat*, mencionam-se também alguns artigos resultantes de pesquisas: Axt e Elias (2003); Axt e Kreutz (2003); Axt (2005); Axt et al. (2006; 2003b); bem como as teses de doutorado de Elias (2003), Matte (2005) e Hartmann (2007).

“acontecimento discursivo”, situa uma posição enunciativa singular no discurso pedagógico mediado por ambientes virtuais.

O percurso analítico, que parte das formulações lingüísticas recortadas da referida palestra, destina-se a evidenciar efeitos de sentidos que se relacionam ao gesto simbólico de interpretação que concebeu a ferramenta. O critério utilizado para definição dos recortes foi a presença de expressões que designam a especificidade tecno-metodológica da ferramenta, convergindo à definição da posição assumida pelo autor que as formula no discurso pedagógico mediado pelo *forchat*. Assim, pressupõe-se que a ferramenta se constitui de acordo com a concepção pedagógica que põe em prática.

Entende-se, segundo o referencial discursivo, que os signos não são transparentes, mas opacos, de modo que cabe ao analista colocar-se diante dessa opacidade para realizar a sua análise. Compreende-se, também, que uma “posição enunciativa” corresponde ao lugar de dizer no discurso, qual seja, o discurso da informática educacional, mais especificamente, da educação à distância mediada por ambientes virtuais. Tal posição é apreendida sob a forma de “efeitos de sentidos”, interpretados na análise, a qual parte do fio do discurso.

A seguir, passamos a apresentar as formulações discursivas destacadas e numeradas de (1) a (18), extraídas de videoconferência gravada e transcrita para fins desta pesquisa (Axt, 2005), com base na qual constituímos os recortes discursivos para a presente análise; em seqüência à indicação das referidas formulações discursivas, mostramos os efeitos de sentidos correspondentes às análises realizadas. Enfatizamos que, na Análise de Discurso, a análise se caracteriza como produção de sentido pelo sujeito analista, devendo ser entendida como interpretação nossa.

Numa narrativa que releva o contexto histórico, as designações lexicais indicam o ambiente acadêmico científico - “laboratório de pesquisa” - onde foi inventado o “*forchat*”, o qual resultou de uma “proposta” de uma modalidade experiencial de “educação a distância”; as primeiras plataformas virtuais de ensino-aprendizagem com suporte telemático via internet estavam começando a surgir no contexto brasileiro de então.

(1) O *forchat* nasceu em 2000 como resultado de uma proposta de pesquisa em educação a distância no LELIC - Laboratório e Estudos em Linguagem, Interação e Cognição da FAGED/ UFRGS.

O ambiente tecnológico deveria ser propulsor de um parâmetro novo para a interlocução pedagógica, pois que a designação “laboratório” incidia em experiências de ensino. Um novo modo de ensino junto com nova tecnologia. Esta deveria superar as limitações de alguns dispositivos de conversação já empregados na área especializada. A formação discursiva do laboratório vincula os estudos sobre tecnologia aos estudos sobre a interlocução pedagógica, promovendo, para esse fim, práticas interativas mediadas pela telemática. A tecnologia medeia a “interação”, a “linguagem”, a “cognição”, articulando uma perspectiva teórica. Vejamos:

(2) [...] quando o *forchat* foi gestado, as listas de discussão estavam em plena expansão e os ambientes ou plataformas de aprendizagem ainda eram escassos. Entre as funcionalidades desses ambientes podiam-se encontrar fóruns de discussão, com uma arquitetura relativamente pesada – as páginas custavam a carregar, quando a conexão era por linha telefônica discada; as discussões eram divididas em assuntos ou tópicos – aí, de cada vez, havia a necessidade de carregar as páginas específicas ao tópico A, ou ao tópico B. Além disso, liam-se as mensagens em uma página, mas era preciso entrar em outra página contendo um formulário de escrita para enviar uma resposta ou uma nova mensagem. Todas essas operações envolvendo o carregamento de páginas onerava o sistema operacional, tornando-o lento e, às vezes, praticamente inviabilizando a interação.

Dessa formulação ressalta a área especializada de onde surge a denominação “*forchat*”, como uma combinação que alude aos “fóruns” de discussão e “*chats*” de conversação virtuais. Quanto à área pedagógica, destina-se a uma metodologia que privilegie uma “interação” especial, favorecida na

encenação de um “fórum” de debates, um tipo de seminário virtual, em ambiente de “conversação”, ou *chat*. Daí o duplo sentido que emerge de “*forchat*” (“feito para conversar”), numa alusão à expressão em língua inglesa. Supondo-se o dinamismo dos encontros de fala, o suporte telemático dessa interação não poderia ser “lento”, como outros suportes costumavam ser.

(3) Este momento coincidiu com o momento brasileiro de aposta na Educação a Distância através da Informática e da Internet, e conseqüente disponibilização de recursos para o desenvolvimento de produtos. As universidades implementaram políticas institucionais para Educação a Distância (EAD), no Ensino Superior, e as agências de fomento à pesquisa lançaram editais voltados à Informática na educação à distância.

As universidades interpretaram as políticas governamentais de pesquisa; cada contexto universitário tratou de significar a EAD, aproveitando a disponibilidade de recursos. Daí o surgimento de modalidades distintas de se pensar e praticar pesquisas com esse enfoque, caracterizando diferenças entre os grupos que se propuseram à informática na educação. Os interesses teóricos, a história de cada grupo se tornam fatores dessa diversidade. O *forchat* inseriu-se numa tradição de pesquisa educacional com ênfase no ensino ativo e construção do conhecimento, mas com destaque para as “ciências humanas”, nas quais a linguagem é privilegiada.

(4) [...] o nosso grupo de pesquisa, no LELIC, se propôs ao desenvolvimento de produtos para EAD, mas enquanto num viés mais típico das propostas teóricas e metodológicas das Ciências Humanas. Assim, começaram a nascer ferramentas e ambientes para a aprendizagem, entre elas o *forchat*.

A designação “ferramentas” importa aqui conquanto se opõe à designação “recurso” de ensino, que aponta uma outra posição discursiva na área da informática educacional. O *forchat*, como um produto de investigação, seria então uma “ferramenta” (palavra que vem da área tecnológica) para o sujeito efetivar a aprendizagem, produzir conhecimentos de outra forma que a tradicional, não seria mero “recurso” para ensinar conhecimentos prontos.

(5) [...] um conjunto de seis princípios tecno-metodológicos... deram sustentação ao *forchat*.

Sendo um construto “tecno-metodológico”, o *forchat* foi programado para funcionar como uma ferramenta que aliasse a dimensão “tecnológica” à dimensão “metodológica”, dando suporte a um método distinto de ensino e aprendizagem, aberto para estudos. Essa ferramenta deveria caracterizar-se, primeiramente, pela facilidade operacional:

(6) “o princípio da simplicidade”. Precisávamos de uma ferramenta simples, que até uma criança pudesse manejar. Que pudesse ser utilizada sozinha, para a interação e a comunicação entre pessoas de um grupo. Mas também pudesse ser agregada a outros ambientes/plataformas. Quem participasse de uma comunidade virtual deveria ter minimizados os obstáculos operacionais. Naquela época, 2001/2002, quando começou a ser usado, sair da lista de discussão (acessível por e-mail) para entrar em SITES (sítios eletrônicos), ainda representava um desafio para o participante de um curso.

Nota-se o emprego de vários termos específicos da área nessa formulação (ambientes, plataformas, e-mail, sites, lista), os quais poderiam parecer estranhos àqueles não iniciados. São muitos ainda os iletrados na tecnologia computacional, por fatores diversos, mas um deles seria “porque é difícil” manejar o programa. O *forchat* pautou-se pelo “princípio da simplicidade” quanto ao manejo básico e acoplagem de arquivos e plataformas, reconhecendo que os usuários costumavam desistir de participar quando não conseguiam vencer o “desafio” de ultrapassar os reconhecidos “obstáculos operacionais”

de manejo da máquina. Além disso, o “princípio da simplicidade” do “sistema” de “conexão por linha discada, dedicada” associou-se ao ser “leve”, ágil, quanto ao número de “páginas carregadas”, “formulário para escrita de mensagem”:

(7) “Princípio da agilidade”. A ferramenta também deveria ser leve, para ter agilidade na conexão por linha discada/dedicada [...] Para o sistema, ser leve, ter agilidade significava, entre outras coisas, diminuir o número de páginas a serem carregadas. Em outras palavras, para que uma nova página, para carregar um formulário para escrita de mensagem? Por que não pensar uma página de fórum que imitasse a arquitetura do *chat*... em que mensagens para ler, e formulário para escrever, aparecessem na mesma página?

Como se constata até aqui, o *forchat* foi pensado “de dentro” das áreas do conhecimento envolvidas - tecnologia e metodologia de ensino e aprendizagem - representando uma pedagogia peculiar. Essa pedagogia começa a delinear-se mais precisamente quando se fala em “liberdade”:

(8) Um princípio então se desenhou como central na preservação do ritmo da conversa, do dinamismo, da espontaneidade de expressão em EAD: a “liberdade” na proposição de rumos para a conversa, o debate, acarretando como conseqüências: - a iniciativa por parte de qualquer dos participantes, de propor temas e debates em torno de diferentes temas, desde que preservado o objetivo geral de responder a determinado problema.

Enquanto crescem os softwares prontos para serem usados, o *forchat* se afasta dessa proposta de ensino pronto e controlado, apresenta-se aberto, sem apostilas nem exercícios predeterminados, a ser povoado apenas por conversações, mas, mesmo assim, para ser usado no ensino. As práticas de escolarização tradicionais não costumam primar pelo uso de dispositivos “livres”, pois tendem fortemente a evitar a dispersão de sentidos e a desestabilização das relações pedagógicas. Na contramão desse fato, a ferramenta *forchat* deve favorecer uma prática da interlocução que suscite modos ainda não pensados de interação. Está “livre” para aceitar novos modos de aprender e de ensinar, os quais podem emergir a partir de interações diversas não controladas. A prática interativa no *forchat* vai permitir saber mais sobre interação, especialmente sobre interação pedagógica. Aprender a interagir virtualmente e aprender sobre interação virtual são efeitos de sentido que surgem da proposta do *forchat*, valendo tanto para os alunos quanto para o professor.

(9) Ao mesmo tempo, ela (ferramenta) precisava criar um contexto de linguagem propício à expressão mais espontânea de idéias e a uma interlocução dinâmica, viva, resgatando o ritmo mais acelerado das conversações presenciais entusiasmadas, ou dos debates acalorados, com isso minimizando os efeitos de solidão/isolamento provocados pela distância físico-espacial, ou seja, aquela sensação de estar falando/escrevendo para ninguém.

A “agilidade”, referida antes, vem da conversação direta, a qual o *forchat* pretende simular, numa conversação não-presencial. A máquina - com seus possíveis entraves - não deve inibir o debate humano que ela está mediando à distância. Supõe-se, de algum modo, que o debate em comunicação direta, cujas falas são audíveis, seria mais efetivo, espontâneo, dinâmico, vivo e acalorado do que o que se realiza sob condições de escrita. No entanto, não seria essa comparação a única interpretação possível, pois o meio virtual tem propriedades diferentes que lhe são particulares, que vão além da relação de simulação indicada. Ao ser levantada a hipótese da comparação entre debate presencial e virtual, surge uma brecha para vislumbrar outras propriedades que estariam fora dessa comparação, mas que levantam possibilidades de interatividade de outros tipos.

Que a conversação virtual simula de alguma forma a presencial não se pode negar. A relação língua oral e língua escrita é uma diferença importante. Não obstante, no *forchat*, a realização de uma conversação por escrito conserva, da modalidade oral, algumas de suas propriedades, por exemplo, a “rapidez”, que é, de algum modo, resguardada. Responder e perguntar, fazendo-se a troca de turnos

imediatamente, que é uma característica da oralidade, é um atributo transferido para o nível da formatação do programa: *“mensagens para ler e formulário para escrever aparecem na mesma página”* de vídeo. Todavia, quanto o ambiente de conversação ágil vai influir na qualidade da participação do debate virtual desponta aí ainda para ser estudado. Por enquanto, pode-se apenas adiantar que, nos estudos já realizados que avaliam a experiência, pronunciamentos apontam para o efeito de aprendizagem e construção de conhecimento. No *forchat*, pois, é fato que sujeitos produzem sentidos numa modalidade discursiva de uso da língua escrita, com suporte telemático, à distância, o que abre múltiplas outras possibilidades de significação.

Já na formulação a seguir, merece ser examinada a designação “imerso”:

(10) Isso resolveria outro problema também! Participar presencialmente de uma reunião de grupo significa ficar imerso no contexto da discussão, ficar junto com os demais, no círculo da conversação. Em EAD, carregar outra página, com um formulário para poder responder, argumentar, poderia significar perder o fio da conversa, e a conversa perder o seu ritmo mais acalorado. Assim, formulou-se o “princípio da imersão” no texto em construção. O resultado foi o de uma máquina de produção intensa, em que o texto para ler e o formulário para escrever ficavam integrados na mesma página.

“Ficar imerso no contexto da discussão”, como se propõe no *forchat*, assume o sentido de entrar no fluxo; para participar é preciso mergulhar no ambiente virtual, ficar junto com os demais dentro deste, envolver-se no grupo. Simula-se o presencial direto do oral em grau extremo: não se quer ficar *“falando para ninguém”*, não se quer ficar isolado, mas em comunidade. No entanto, mergulhar não significa efetivamente estar “interessado” em todo o percurso do debate; essa não é a questão, até porque o interesse amplo dos protagonistas ninguém garante de fato, tampouco num grupo presencial. Se formos comparar aqui a realidade de muitas das aulas tradicionais presenciais com a participação e a realidade virtual do *forchat*, temos de convir que este demanda maior participação, porque a “imersão” garante que o grupo se forme. Quando a presença virtual é representada pela palavra, é esta que torna o sujeito membro daquele grupo, passando a representá-lo. É preciso escrever, inclusive para marcar presença, e tal se facilita porque - e aqui vem o outro “princípio”, o da “liberdade” - se está autorizado a dizer o que aprouver, mesmo se for para desviar-se do foco. Daí que *“a imersão no texto em construção”* vai gerar uma *“máquina de produção intensa”*; os participantes são chamados a se manifestarem e o fazem, pois que o próprio formato facilita que leiam e escrevam seus comentários: *“o texto para ler e o formulário para escrever ficavam integrados na mesma página”*. Mais do que a exigência de participação de grande qualidade para o assunto enfocado, é a efetivação da participação que é solicitada, o que resulta numa produtividade associada à ampliação do texto de elaboração conjunta. Mais do que a relevância do que deve ser dito, na contramão do que se costuma esperar como resposta do aluno nas aulas presenciais, espera-se que este escreva o que lhe vem à mente. Nesse sentido, no *forchat*, as “conversas colaterais” entre os alunos, que geralmente no ensino presencial fogem ao foco da aula, não são “colaterais”, mas sempre centrais, porque sempre bem “acolhidas”, integrando a rede com todas as demais participações.

Uma garantia para uma real efetivação de trocas interativas via *forchat* se deve ao fato de que, na dimensão virtual, estas ocorrem em outro espaço, outro tempo:

(11)[...] expressão livre, associada ao exercício da escuta que promove o acolhimento, ambas fortalecidas por um efeito já conhecido de um virtual que ‘dura’ no espaço e no tempo... muda o paradigma das trocas sociais no ambiente do curso.

(12)[...] A Expressão, garantida (na interação coletiva ou dialógica) pela Escuta, transforma a natureza econômica da interação: poderá operar uma passagem em direção a uma nova forma de gestão-divisão da mesma, em que cada um pode aferir e conquistar o tempo-espaço necessários à sua própria expressão (independente do número de atores ou das demandas que enfrenta no cotidiano, ou do capital simbólico que detém), garantindo concomitantemente a escuta do outro, numa oposição radical à gestão-divisão dos tempos-espaços das interações nas salas de aula convencionais.

As participações “duram” no espaço e no tempo, pois são escritas e ficam gravadas; assim, o espaço e o tempo virtuais diferem do presencial, ampliando o tempo de que cada participante do fórum de discussão dispõe. É como se a conversação pudesse parar, ficar à espera da reflexão. Essa pode ser considerada uma especificidade - que deriva do sentido de “liberdade” – capaz de marcar uma diferença importante, caracterizando o tipo de interação promovida pelo *forchat*. O fato de que se trata de conversação pela escrita favorece a reificação do dizer, que ganha corpo; concomitantemente, o tempo para pensar no dizer e no dito pode ser suspenso para que o participante somente mais tarde entre na conversa, registrando o seu pronunciamento para o grupo, reiterando ou fazendo, inclusive, reparos em seus próprios pronunciamentos.

Supõe-se que as peculiaridades desse tipo de produção possam ainda ser alvo de pesquisas. Manifesta-se uma grande produtividade de escritas, facilitando que todos os participantes se tornem mais visíveis, e também olhados por meio daquilo que escrevem. Assim como foi referido, “imersão” significa estar presente, contribuir para a manutenção do grupo de escrita, colaborar de alguma forma para que os saberes possam emergir, circular e se transformar, por meio das palavras lançadas no *forchat*.

Essa grande produtividade de escrita não concebe os equívocos e não-coincidências como um problema, mas como uma contingência da condição de manifestação não cerceada, vista de modo positivo:

(13)[...] eis que surge uma nova questão: uma conversa, um debate presencial entre um grupo de pessoas, numa comunidade virtual, embora mantenha uma clara tendência em direção a um objetivo comum (razão de ser de uma comunidade), via de regra está sujeita a flutuações temáticas, a divagações, a dispersões, variações; isso pode, inclusive, levar à formação de subgrupos conforme associações em torno das variações temáticas ou então de novos temas derivados.

(14) a segurança de que tais iniciativas seriam reconhecidas e valorizadas pelo grupo e pelo professor como tentativas válidas de responder a um problema, ou então de novamente problematizar, a partir deste problema geral.

O atributo “liberdade” aparece significado como a livre iniciativa de falar/dizer, propondo temas e debates para serem discutidos no grupo, sendo-lhe garantida a escuta. O horizonte em comum é a problematização lançada ao grupo para ser debatida. O interesse é uma condição pressuposta no discurso acadêmico, no qual o *forchat* está inserido. Supõe-se que os acadêmicos desejem participar de uma discussão qualificada, responsabilizando-se por mantê-la viva. Parece óbvio que quem participe de um curso se disponha a participar das práticas educativas do mesmo - embora essa disposição nem sempre se manifeste nas aulas acadêmicas presenciais tradicionais. Nestas, é difícil que haja interlocução ampla, pois não há tempo e espaço propícios; já no *forchat*, com outro espaço e outro tempo, outro acolhimento, outra visibilidade do aluno, haveria maior possibilidade de acontecer a participação. Daí que a seguinte formulação toca na assimetria professor-aluno, no discurso pedagógico, minorizada no *forchat*:

(15) O “princípio da desinstitucionalização de posições pré-instruídas” [...] Este é um ponto de grande tensionamento: como pode um curso prescindir da posição do mestre? Na verdade, não se trata de prescindir da POSIÇÃO do mestre, e nem do mestre. Trata-se de esvaziar esta posição, de dessubstancializá-la, de desinstitucionalizá-la. E esta posição de mestre é uma instituição!

Os participantes passam a se constituir não como um grupo de alunos dirigidos pelo professor, mas como membros de uma “comunidade” de estudiosos de um tema, na qual o professor não dirige o rumo da discussão. Nessa perspectiva, quase como mais um membro do grupo, o professor se expõe a não “saber” responder a tudo, mas a buscar saber, como os demais; precisa deslocar-se do lugar de quem “sabe e controla” a circulação dos saberes no grupo. Também o aluno precisa despojar-se dos

sentidos cristalizados de um lugar tradicionalmente passivo e individualista. Todos são instados a “*entrar no fluxo*”, a estar “*no meio*” da interação, a expor-se à “*aceleração*”; todos são instados a uma nova possibilidade de crescer em conjunto, à “*expressão livre*”, facilitada pela “*escuta acolhedora*” pressuposta nessa comunidade.

Na verdade, o sentido utópico dessa proposição encontra viabilidade nas condições mais flexíveis de administração do tempo-espaço de que cada um precisa para amadurecer o seu pensamento e formular o seu discurso. É possível suspender a participação na hora em que lhe aprouver, durante a semana, encontrando os registros de todas as manifestações dos membros do grupo, às quais poderá responder, imediatamente, ou mais tarde. Promove-se uma descontinuidade significativa com esse alargamento do tempo-espaço das trocas que dão suporte à produção do conhecimento.

A posição de professor desloca-se, podendo ser ocupada por qualquer membro do grupo que se disponha a “ensinar”, em algum momento da discussão, sem desempenhar esse papel de modo permanente.

(16)[...] na educação à distância, aproveitar as possibilidades da telemática, [...] criando deslocamentos que privilegiem a circulação de um suposto saber, por outras posições.

Sabe-se que não é fácil abandonar posições definidas institucionalmente, legitimadas na sociedade mais ampla. Mas no *forchat* essa alteração torna-se instituinte de um modo discursivo nas práticas pedagógicas, instituinte de um modo de subjetivação no campo educacional, começando a fazer parte da memória do grupo como alternativa. Com essa prática, torna-se visível o fato de que os alunos também podem aprender uns com os outros, não dependendo somente da intervenção do seu professor. Vai crescendo, assim, em legitimidade, outro tipo de função docente, a qual diminui o efeito de unidade do sentido na língua, diferentemente de práticas mais convencionais que ilusoriamente trabalham na certeza de unidade de que seria investida a palavra do mestre. Diz Pêcheux (1999), nesse sentido, que o sujeito pragmático tem necessidade da homogeneidade lógica, da qual se nutrem os parâmetros estabilizados para viver em sociedade; aponta, porém, que essa homogeneidade não se reproduz sem equívocos: o sujeito, condenado a dar sentido a sua existência, cuja natureza é dinâmica, não é plenamente feliz em sua identificação aos sentidos que já estão aí; esses sentidos pré-construídos, ao mesmo tempo em que se reproduzem, se transformam, movimentando-se a cada nova enunciação promovida pelo sujeito, no uso da língua, determinando que o sentido passe a ser outro.

O reconhecimento das heterogeneidades não dificulta a produção de sentidos no grupo, ao contrário, a alimenta. Vejamos:

(17) O “princípio da alteridade”. Em suma, a desregulamentação temática e a polissemia reconhecida, explicitada [...] gera multiplicidade, desestabilizando os sistemas conceituais fechados, já acomodados: o fechamento racha pelo atravessamento do outro, que se dá na aceleração, na proliferação e na dispersão.

(18) Os efeitos gerados, de aceleração e proliferação de mensagens, temas e conceitos; de multiplicidade e dispersão de sentidos; de desestabilização conceitual, levaram de maneira contundente e abrupta a tomadas de posição da existência do outro, do real da alteridade; a dinâmica da interação, tal como se produziu, engendrou um encontro marcante com o heterogêneo, com o estranho.

Os participantes do *forchat*, em determinada disciplina, seja da graduação ou da pós-graduação *stricto sensu*, provêm de áreas de formação e/ou atuação profissional diferentes; eis que esta é uma característica dos grupos formados para a EAD, unidos em torno de um objetivo comum, qual seja, o estudo de um autor, o exame de um conceito, o debate sobre um dado tema, a elaboração de um artigo coletivo. As diferentes áreas de formação das quais provêm os participantes apontam para universos discursivos estabilizados, nos quais adquirem um efeito de homogeneidade ao qual precisam apegar-se para constituir sua “identidade”. Sujeitos constituídos nas áreas do conhecimento distintas levam, para o grupo heterogêneo, as posições que lhes concernem, mas tais posições tendem a abrir-se para (com)preender situações-problema com representantes de áreas diferentes. De modo semelhante,

não se apagam totalmente as diferenças entre os papéis de professor e de aluno, ou mesmo dos níveis diferentes de pós-graduação ou graduação evidenciados nos grupos.

O reconhecimento de diferenças ligadas ao trabalho pedagógico mediado pelo *forchat* se aprofunda no entendimento da dimensão teórica. Atesta-se, assim, que a heterogeneidade é uma condição constitutiva do sujeito; trata-se do real do não-um sob a ilusão do um, conforme Authier-Revuz (1998). Em alguns pontos se racha essa ilusão do um, a partir do próprio fio do texto coletivo do *forchat*, surgindo novas questões como desafios. Parece, então, que a proposta do *forchat* seria marcar o real do não-um em sua natureza heterogênea. O texto coletivo, como uma colcha de retalhos, é formado por meio de tonalidades e formas diversas que se unem: cada participação, como um retalho, é ao mesmo tempo divergente e convergente. A "ilusão do um" impulsiona a comunidade virtual a costurar palavras, tecendo um sentido em comum, cuja estabilidade não é perene, mas provisória, porque permanece, a cada vez, aberta a novas leituras.

A título de conclusão

A diferença representada pelo **discurso** sobre o *forchat* (e a prática pedagógica aí exercitada), no âmbito da Educação à Distância em relação ao discurso pedagógico tradicional, aparece bem no fato de que, **neste**, o enfoque dos conhecimentos curriculares costuma caracterizar-se como uma lista definida de "coisas a saber" (Pêcheux, 1990), fruto do conhecimento estabilizado, entendido como pronto e acabado, para ser consumido basicamente desse modo, tanto pelo professor, que deve "saber" o que ensina, como pelo aluno, que deve "aprender". Sem fugir da necessária ilusão do um, a prática do *forchat* parece colaborar para a constituição de sujeitos que ousam pensar o conhecimento nas ciências humanas como uma construção discursiva dos sujeitos. Se assim é entendido o conhecimento, o pedagógico que lhe concerne será diferente: aprender e ensinar passam a ser entendidos como um processo em aberto de produção de sentidos discursivos, como já referem Elias e Axt (2004).

A agitação provocada ao sentido tradicional do discurso pedagógico manifesta-se, numa perspectiva mais profunda, nas experiências compartilhadas no *forchat*, pois nestas deliberadamente não se quer exercer controle sobre a interpretação do aluno que participa, opinando, propondo suas idéias, organizando o seu pensamento por meio da língua escrita. Concebe-se que os sentidos escapam das palavras e, na escrita, esse fato parece tornar-se mais presente, deixando mais claro que cada sujeito tem uma história particular que provém da singularidade de sua experiência. Essa agitação desestabilizadora, cabe-nos pensar, institui-se como efeito no devir, "em se tornando", pela conversação escrita, no processo de transformação em marcha na interação virtual mediada pelo *forchat*.

Não se pretende afirmar a não existência de interpretações sedimentadas que determinam direções para as significações; pretende-se, isto sim, afirmar, com Deleuze (1996), que essas linhas sedimentadas, constituintes de relações endurecidas, coexistem continuamente com linhas de divergência, atribuídas aos processos de diferenciação sempre em curso, e nos quais as próprias interações se forjam e os sentidos se fazem enunciar. Tais linhas maleáveis de singularidade nem sempre sobrevivem, no confronto com as linhas duras; no entanto, são capazes de promover brechas nos dispositivos estabelecidos, abrindo à multiplicidade de sentidos e de posições enunciativas correspondentes.

Em nosso entender, parece que se institui, pela mediação do *forchat e seu modo de uso*, uma posição enunciativa singular no discurso pedagógico, agenciando modos de subjetivação que significam rachaduras na ilusão do "um", que, sem exilar essa necessária ilusão, criam territórios onde se possam agitar matrizes identitárias no interdiscurso, reforçando, por sua vez, nos participantes, posições enunciativas de interpretação singular, em espaços não fechados de sentido.

Referências

- AUTHIER-REVUZ, J. **Palavras incertas**: as não coincidências do dizer. Campinas: Ed. da Unicamp, 1998.
- AXT, M. Comunidades virtuais de aprendizagem e interação dialógica: do corpo, do rosto e do olhar. **Filosofia**, v.7, n.esp., p.256-68, 2006.
- _____. **Forchat**: uma alternativa tecno-metodológica para a EAD. Video-conferência para o Workshop Modelos na EAD. Lisboa, 2005. [mimeogr.]
- _____. Comunidades virtuais de aprendizagem. **Inform. Educ.**, v.7, n.1, p.111-16, 2004.
- AXT, M.; ELIAS, C.R. Autoria coletiva, ambientes virtuais e formação: quando a aprendizagem reverbera o acontecimento. In: MARASCHIN, C.; FREITAS, L.B.; CARVALHO, D.C. **Psicologia e Educação**: multiversos sentidos, olhares e experiências. Porto Alegre: UFRGS, 2003, p.259-77.
- AXT, M. et al. Interação dialógica: uma proposta teórico-metodológica em ambientes virtuais de aprendizagem. **RENOTE - Rev. Novas Tecnol. Educ.**, v.4, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/renote/jul2006/artigosrenote/a32_21197.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2008.
- _____. Tecnologias digitais na educação: tendências. **Educar Rev.**, n.esp., p.237-64, 2003a.
- _____. Rede de desassossegos: problematizações acerca de uma experiência pedagógica no ensino superior na intersecção com ambientes virtuais. **Contrapontos**, v.3, n.2, p.243-54, 2003b.
- AXT, M.; KREUTZ, J.R. Sala de aula em rede: de quando a autoria se (des)dobra em in(ter)venção. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003. p.319-340.
- DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Trad. Edmundo Cordeiro. Lisboa: Vega, 1996.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. v.1.
- ELIAS, C.R. **(Des)caminhos do aprender**: uma perspectiva teórico-metodológica que aproxima aprendizagem e sentido/acontecimento. 2003. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003.
- ELIAS, C.R.; AXT, M. Quando aprender é perder tempo... compondo relações entre linguagem, aprendizagem e sentido. **Psicol. Soc.**, v.16, n.3, p.17-28, 2004.
- HARTMANN, F. **A voz na escrita**. 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.
- LAZZAROTTO, G.D.R. **Juventude escrita**: pragmáticas de uma psicologia que forma e se forma. 2007. Projeto de tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.
- MALDIDIER, D. **A inquietação do discurso**: (re)ler Michel Pêcheux hoje. Trad. Eni Orlandi. Campinas: Pontes, 2003.
- MATTE, M.N. **Autoria no ambiente virtual pedagógico**. 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.
- MUTTI, R.M.V. Memória no discurso pedagógico. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M.C.L. (Orgs.). **Análise do discurso no Brasil**: mapeando conceitos, confrontando limites. São Carlos: Claraluz, 2007. p.265-76.

_____. O primado do outro sobre o mesmo. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L. (Orgs.). **Michel Pêcheux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar**. São Carlos: Claraluz, 2005. p.281-6.

_____. Discurso pedagógico: efeitos de sentido de criatividade. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOLL, 19., 2004, Maceió. **Anais...** Maceió: GT de Análise do Discurso, 2004. [mimeogr.]

NOVAK, S. **O problema da interação na era da aprendizagem autônoma: pressupostos epistemológicos da Educação a Distância na perspectiva construtivista**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.

ORLANDI, E.P. Tralhas e troços: o flagrante urbano. In: _____. (Org.) **Cidade atravessada: os sentidos públicos no espaço urbano**. Campinas: Pontes, 2001. p.9-24.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Trad. Eni Orlandi. Campinas: Pontes, 1990.

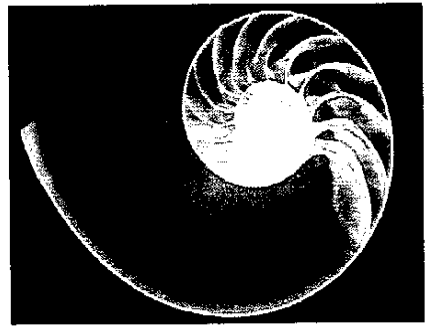
_____. Papel da memória. In: ACHARD, P. Trad. José Horta Nunes. **Papel da memória**. Campinas: Pontes, 1999. p.49-57.

MUTTI, R.M.V.; AXT, M. Para una posición enunciativa en el discurso pedagógico mediado por ambientes virtuales de aprendizaje. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.347-61, abr./jun. 2008.

Teniendo en vista una pedagogía para ambientes informáticos en la Educación a Distancia, con foco privilegiado en la enseñanza superior, este estudio se propone evidenciar efectos de sentidos implicados en el gesto de interpretación que idealizó una herramienta de comunicación ("sincrona" y "asincrona") - *forchat* - tomando, para análisis discursivo, formulaciones verbales del *corpus* estudiado que establecen los temas de los principios que la sustentan en las dimensiones de su finalidad, formato y uso en clases virtuales constituidas como comunidades de aprendizaje. Los resultados del análisis destacan el desvelamiento de la ilusión del uno, a partir de la inmersión de los participantes en el flujo de la interacción, soportado por otra dimensión espacio-temporal, no capitalista, para cambios interactivos y que reconoce las heterogeneidades de los sujetos y de los sentidos producidos en el orden discursivo del escrito telemático.

Palabras clave: Tecnología educacional. Educación a distancia. Educación superior. Ambientes virtuales de aprendizaje y interacción. *Forchat*.

Recebido em 15/08/06. Aprovado em 14/12/07.



Etnografia:

uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde

Andrea Caprara¹
Lucyla Paes Landim²

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

Ethnography is utilized more and more frequently to study different subjects within the domain of health: the functioning and evaluation of health systems; epidemiological research; scientific research conducted in laboratories; research on biotechnology; genetic research, among others. Some methodological questions arise from critical reading of these studies: How has ethnographic research evolved in the last decades? Which elements characterize ethnographic research applied to health? This paper is an attempt to reflect upon these issues by: 1 analyzing the development of the ethnographic method and its use in research on health; 2 discussing the methodological aspects of an ethnography carried out with elderly people in the city of Fortaleza, focusing particularly on participant observation.

Key words: Ethnography. Qualitative research. Observation. Public health.

O método etnográfico vem sendo crescentemente utilizado para estudar uma variedade de temas na área da saúde como: o funcionamento e avaliação do sistema sanitário; a investigação epidemiológica; a pesquisa científica de laboratório; a pesquisa biotecnológica; a pesquisa genética, entre outros. Isto nos leva a formular algumas perguntas metodológicas com base na leitura desses trabalhos: como foi se transformando a pesquisa etnográfica nos últimos decênios? Quais elementos caracterizam a pesquisa etnográfica aplicada em saúde? É buscando refletir sobre estas questões que desenvolvemos o artigo mediante dois sucessivos desdobramentos: 1 o desenvolvimento do método etnográfico de pesquisa e sua utilização na pesquisa em saúde; 2 os aspectos metodológicos de uma pesquisa etnográfica realizada com pessoas idosas na cidade de Fortaleza, focalizando o interesse sobre a observação participante.

Palavras-chave: Etnografia. Pesquisa qualitativa. Observação. Saúde pública.

¹Médico e antropólogo. Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Av. Paranjana, 1.700 Itaperi - Fortaleza, CE 60.740-000 andreacaprara1@gmail.com

²Terapeuta Ocupacional. Doutoranda em Saúde Coletiva, Grupo de Pesquisa Humanidades, Saberes e Práticas em Saúde (UECE/CNPq).

Introdução

A pesquisa em saúde foi acompanhada, neste último decênio, por um crescente interesse quanto à utilização de métodos qualitativos e seus instrumentos de pesquisa aplicados durante todo o séc. XX pelas ciências sociais e na antropologia, em particular, no estudo de outros grupos culturais. Este interesse é atribuído a diversas razões, como, por exemplo, a importância dada atualmente pelas políticas sanitárias nacionais à dimensão qualitativa da prestação dos serviços assistenciais oferecidos aos cidadãos, colocando, de modo crescente, a necessidade de se introduzirem instrumentos de pesquisa e avaliação voltados à valorização do ponto de vista dos usuários (Gomes et al., 1999). Assim, se em grande parte estranhos à tradição da pesquisa em saúde, os métodos de pesquisa qualitativa assumem particular relevância neste quadro de referência.

Dentro desta moldura teórico-metodológica, o método etnográfico vem sendo utilizado por diversos autores para estudar uma variedade de temas na área da saúde, desde o funcionamento do sistema sanitário: a avaliação da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários (Andrade, Vaitsman, 2002; Atkinson, 1993); a relação médico-paciente e o ensino médico (Nations, Gomes, 2007; Bonet, 2004; Menezes, 2001; Nunes, 1993); a avaliação do Programa de Saúde da Família (Trad et al., 2001); as interpretações e práticas da população (Iriart, Andrade, 2002; Nations, Nuto 2002; Rego, Barreto, Killinger, 2002; Killinger et al., 2000; Alves, 1998; Rodrigues, Caroso, 1998; Souza, 1998); a investigação epidemiológica (Almeida Filho et al., s/d); até temas como a pesquisa científica de laboratório (Latour, Woolgar, 1997), a pesquisa biotecnológica (Rabinow, 1999, 1996), a pesquisa genética (Bibeau, 2004); a discussão sobre práticas de transplantes no Japão (Lock, 1995), e outros que compõem hoje o abrangente campo da Saúde Coletiva (Paim, Almeida Filho, 1998).

Algumas perguntas metodológicas surgem com base em uma análise desses trabalhos: como foi se transformando a pesquisa etnográfica nos últimos decênios? Quais elementos caracterizam a pesquisa etnográfica aplicada em saúde? Pode definir-se como etnográfica uma pesquisa baseada exclusivamente em grupos focais ou entrevistas abertas, sem ter havido, no processo de pesquisa, uma observação cuidadosa das práticas realizadas (Brink, Edgecombe, 2003)? É esta última questão que nos suscita, por exemplo, o artigo de Trad. et al. (2001), que apresenta um estudo etnográfico em que se utilizaram fundamentalmente grupos focais na coleta dos dados. Torna-se pertinente perguntar se o recente e crescente uso da etnografia na pesquisa em saúde não se caracterizaria quase como uma distorção de suas premissas originais, configurando-se no que se poderia chamar de observação de "tipo" etnográfico.

Este artigo busca responder a estas questões procurando refletir por meio de dois sucessivos desdobramentos: 1) na primeira parte, depois de uma breve análise dos principais debates que marcaram o desenvolvimento da etnografia na antropologia, analisamos como a abordagem etnográfica vem sendo utilizada hoje por diversos autores nas pesquisas em saúde; 2) na segunda parte, apresentamos os aspectos metodológicos de um estudo etnográfico realizado com pessoas idosas na cidade de Fortaleza, focalizando a observação participante e o registro no diário de campo. Trata-se de um estudo realizado em um bairro da cidade, que investigou como pessoas idosas freqüentadoras de grupos para idosos percebem a própria saúde e como cuidam de si nas experiências cotidianas.

O método etnográfico de pesquisa: refletindo sobre o seu desenvolvimento

Para abordar o desenvolvimento do método etnográfico na área da saúde é necessária uma primeira reflexão sobre o uso de métodos qualitativos na Saúde Coletiva. Como referido na introdução, neste último decênio assistimos a um consistente crescimento das publicações na área da saúde sobre pesquisas realizadas com métodos qualitativos (Meyer, 2000; Pope, Mays, 2000; Jones, Hunter, 1995). Entre os temas abordados, lembramos: os estudos sobre a experiência de pacientes com doenças crônicas, as pesquisas sobre a organização dos serviços de saúde e a humanização da assistência, o trabalho em equipes multidisciplinares. A literatura brasileira também apresenta uma vasta produção bibliográfica sobre a utilização de métodos qualitativos em Saúde Coletiva (Almeida Filho, 2003; Minayo, Minayo-Gómez, 2003).

Quando falamos de métodos qualitativos, em realidade, trata-se de uma ampla bagagem de métodos de pesquisa voltados à coleta de dados sobre o “universo social” (Pope, Mays, 2000). Por essa razão, eles demandam, por parte do pesquisador, um percurso de exploração e interpretação de dados provenientes de diversas fontes. As pesquisas qualitativas e as quantitativas têm diferentes finalidades e por isso necessitam de diferentes desenhos de pesquisa. A lógica da pesquisa qualitativa, muitas vezes, é mais do tipo indutivo que dedutivo, e consiste na descrição de pessoas e grupos em situações particulares. A pesquisa qualitativa procura entender os significados, as experiências e, muitas vezes, é flexível, dinâmica (os métodos e os aspectos relacionados ao desenho do estudo podem, em parte, modificar-se na medida em que novas informações são recolhidas). Também a análise e interpretação dos dados mudam com o tempo na medida em que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado, fato comum em estudos etnográficos (Rosaldo, 1993). Podemos afirmar que é um processo não linear, não seqüencial. Além disso, boas pesquisas qualitativas também procuram responder a perguntas bem formuladas.

Em síntese, alguns autores concordam em identificar três estratégias de coleta de dados que caracterizam os métodos qualitativos: 1 entrevista face a face que, por sua vez, pode ser semi-estruturada, aberta, aprofundada, e/ou história de vida; 2 entrevista em grupo e/ou grupos focais; 3 observação direta da vida humana, participando de eventos sociais e culturais com as pessoas em seus locais de vida (observação direta e/ou observação participante); e ainda vale acrescentar, como um quarto elemento, a coleta de dados em documentos escritos (Patton, 1987). Os dados coletados são sucessivamente organizados segundo grandes temas, categorias, casos semelhantes, e sua análise consiste no constante confronto de elementos que emergem das diversas entrevistas e observações, procurando elementos comuns e possíveis diferenças. Uma particular atenção refere-se à semântica da frase utilizada, a transcrição, no texto final, de frases provenientes das pessoas entrevistadas, a organização temática. A análise dos dados não se limita à análise de categorias predefinidas, permitindo uma análise em profundidade de elementos que vão surgindo durante a coleta dos dados. O fenômeno não pode ser compreendido fora do seu contexto, por isso o significado emerge da relação com outros signos e, na antropologia, o significado é sempre construído culturalmente: nada é o que parece ser (Banyai, 2002).

Essas características da pesquisa qualitativa estão no centro dos debates entre comunidade científica e sociedade, influenciando o desenvolvimento e a aplicação de métodos qualitativos de pesquisa, entre os quais a abordagem etnográfica, em setores e instituições as mais diversas, como economia e comunicação. No campo da Saúde Coletiva, o desenvolvimento de políticas e formas de organização socio sanitária (sistemas de informação, análise da demanda, avaliação de serviços) tem enriquecido o debate num campo marcado pela epidemiologia tradicionalmente vinculada aos métodos quantitativos de pesquisa.

Uma segunda razão refere-se às mudanças ocorridas, sobretudo, nestes últimos decênios na antropologia, por meio da atenção particular dos pesquisadores dirigida às próprias sociedades ocidentais. A mudança de atenção da tradicional tarefa de estudar as sociedades “primitivas” para a análise cultural da sociedade de pertença produziu uma série de questões metodológicas centrais, assim como uma reflexão sobre o objeto, o contexto e os próprios instrumentos da pesquisa antropológica (Latour, Wolgar, 1997; Rabinow, 1996). Trata-se de uma mudança reflexiva que tem salientado a relatividade de definições, como aquelas de indivíduo, sociedade, identidade, trazendo ao centro o discurso sobre a natureza relacional e lingüística dos recursos culturais construídos e utilizados pelas pessoas (Benini, Naclerio, 2004).

Uma terceira razão é ligada ao próprio percurso histórico que marca o desenvolvimento das ciências humanas em contraposição às ciências da natureza. Nos primeiros decênios do século XX, a antropologia se caracterizava por um certo “biologicismo”, conjuntamente com o desenvolvimento do positivismo das ciências biomédicas. Em etapas sucessivas, os antropólogos começaram a contrapor às ideologias científicas dominantes sobre saúde, doença, corpo, o caráter culturalmente construído desses conceitos, procurando entender as formas por intermédio das quais os indivíduos expressam e interpretam o sofrimento, a dor. Nos últimos decênios, surgiu um interesse crescente na pesquisa em Saúde Coletiva para se entender a construção cultural da saúde e da doença elaborada pelos diferentes

grupos culturais e estudada por meio da pesquisa etnográfica. Nasce, assim, um interesse, por parte de pesquisadores na área da saúde, pela experiência individual, familiar e cultural da doença, que pode ser estudada, sobretudo, por meio de métodos qualitativos (Nations, Nuto, 2002; Wiklund, Lindholm, Lindström, 2002; Caprara, 1998; Rodrigues, Caroso, 1998; Souza, 1998).

O método de investigação por excelência da antropologia é a etnografia, considerada, por Hammersley e Atkinson (1994), como a forma mais básica de investigação social e que trabalha com uma ampla gama de fontes de informações. Por método etnográfico entende-se uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência (Fabiatti, Remotti, 1997). Mas além da longa estada no terreno, a pesquisa etnográfica não é o espaço empírico no qual aplicar ou avaliar uma teoria antropológica. Trata-se de uma atividade durante a qual vai sendo construído o saber teórico conjuntamente à coleta dos dados (Pizza, 2005). Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha (Geertz, 1989). Para Cardoso de Oliveira (2000, p.24), isto faz com que os "horizontes semânticos em confronto - o do pesquisador e o do nativo - abram-se um ao outro, de maneira a transformar tal *confronto* em um verdadeiro 'encontro etnográfico'". Para esse autor, o trabalho do antropólogo consiste em olhar, ouvir e escrever. Este último aspecto não pode ser subtraído ou negligenciado pelo pesquisador, desde que

ao tentar penetrar em formas de vida que lhe são estranhas, a vivência que delas passa a ter cumpre uma função estratégica no ato de elaboração do texto, uma vez que essa vivência - só assegurada pela observação participante "estando lá" - passa a ser evocada durante toda a interpretação do material etnográfico no processo de sua inscrição no discurso da disciplina. (Cardoso Oliveira, 2000, p.34)

No começo, na fundação das ciências sociais, a etnografia era considerada como simples coleta de dados para representar a autenticidade de uma cultura. O pesquisador não explicitava como havia colhido esses dados, como havia desenvolvido o trabalho de campo, nem quais os pressupostos teóricos que o orientavam. De acordo com Clifford (2002), nem sempre etnografias foram escritas por antropólogos e, antes do final do séc. XIX, etnógrafos e antropólogos eram personagens distintos. É a partir de Boas e Malinowski que se dá a identificação da etnografia como método de investigação social característico da antropologia. Esses dois autores viveram na mesma época e ambos priorizaram o trabalho de campo e a observação participante enquanto método primordial de pesquisa etnográfica (Laplantine, 2001).

Malinowski vai inovar o modo de se fazer etnografia ao permanecer por um longo período em campo, convivendo com os nativos, o que lhe permitiu uma análise aprofundada das culturas que estudou (Durham, 2004). A observação participante ocupa um lugar central em seu método de investigação e ele sugere alguns princípios e métodos que o etnógrafo deve adotar para levar a cabo a tarefa: conviver intimamente com os nativos; reunir informações diversificadas sobre um mesmo fato; reunir um grande número de dados sobre fatos diferentes e sistematizá-los em quadros sinópticos a fim de torná-los compreensíveis para todos (Malinowski, 1986).

Grande importância é conferida à descrição detalhada do trabalho de campo e de como se dá o processo de inserção, observação e coleta de informações por parte do etnógrafo, lembrando que, na pesquisa etnográfica, a distância entre o material bruto da informação coletado e a apresentação final dos resultados é freqüentemente enorme (Malinowski, 1986). A este respeito Geertz (2000), fundador da Antropologia Interpretativa, corrente filiada à hermenêutica, vai se referir ao "estar lá" (no campo) e ao "estar aqui" (no gabinete). É a introdução deste relato detalhado das vicissitudes pelas quais passa o etnógrafo, junto com a descrição minuciosa e apaixonante do que chama de "*imponderáveis da vida real*" - aqueles fatos cotidianos sutis, mas ricos de significados, como os cuidados com o corpo, o modo de comer, o tom das conversas e da vida social, a amizade, simpatia ou aversão entre as pessoas e outros - que vai "criar, para o leitor, a imagem viva e humana de um povo completamente diferente de nós" (Durham, 1986, p.9).

Este aspecto do relato vivido da escrita etnográfica é muito enfatizado por Malinowski (1986), e vai se colocar como fundamental para o posterior desenvolvimento da etnografia. Como ressalta Clifford (2002, p.21): "A etnografia está, do começo ao fim, imersa na escrita. Esta escrita inclui, no mínimo, uma tradução da experiência na forma de texto". Para Geertz (1989), o texto terá grande importância pois é na forma de texto que ocorre a interpretação, que pode ser múltipla, pois é inerente ao texto ser passível de diferentes interpretações, quão diferentes sejam seus leitores e pontos de vista, visões e concepções de mundo.

Esta segunda forma metodológica, à qual se filia Geertz, adquire maior relevância a partir da década de 1960, em que se dá mais importância a uma análise aprofundada de fenômenos particulares em vez de se tentar identificar generalidades (Geertz, 1993). Naquela época, temos o nascimento de uma série de teorias interpretativas interessadas em estudar a estrutura social/relações humanas; regras sociais/formas de comunicação; coisas em comum/diferenças, e outros temas. Estas idéias de Geertz permitem diferenciar entre estudos sistêmicos, que analisam a cultura como um sistema de relações, e estudos de análise processual, que conferem importância a histórias de vida, ou seja, estudos de casos concretos por meio do que Geertz denomina "descrição densa" (*thick description*).

Hoje, além dos estudos sobre políticas globais e cultura (Appadurai, 1996) e as críticas epistemológicas da teoria estrutural, em defesa de uma racionalidade prática (Da Silva, 2002; Obeyesekere, 1997), temos de considerar que a pesquisa etnográfica é entendida sempre mais como diálogo entre as construções interpretativas do pesquisador e das pessoas estudadas (Rabinow, 1996; Clifford, Marcus, 1986). Com o modelo dialógico, temos o abandono da "pura objetividade" do etnógrafo e o desenvolvimento de um modelo polifônico, baseado no diálogo entre o etnógrafo e a pessoa entrevistada, com negociação dos significados das experiências dos sujeitos no campo (Clifford e Marcus, 1986). Os resultados nunca são definitivos.

Este é o modelo proposto também por Rosaldo (1993), que critica o conceito weberiano de *apaixonada distância*, introduzindo o conceito de *sujeito posicionado*. Rosaldo sugere que o pesquisador teria de explorar os sujeitos de sua pesquisa a partir de uma posição, como ele chama, do *sujeito que se reposiciona*. O pesquisador começa com uma série de perguntas que se modificam no processo da pesquisa.

Como exemplo, a própria experiência etnográfica de Rosaldo com os Ilongot, caçadores de cabeças nas Filipinas, e a raiva que os membros desse grupo tinham depois da morte de alguém da família. Na posição de pesquisador, Rosaldo sentia dificuldade de compreender esta raiva e o papel dela como motor principal da caça. A experiência da morte de sua esposa em um acidente o levou ao tema e à análise da raiva no luto, de forma completamente diferente. A sua experiência pessoal serviu como veículo para que a raiva dos Ilongot fosse mais acessível à compreensão do leitor. Neste sentido, abre uma crítica aos estudos sociológicos e etnográficos anteriores.

Tomando o exemplo dos estudos sobre a morte (rituais da morte), Rosaldo (1993) afirma que autores que tocam este tema eliminando as emoções intensas não somente distorcem as descrições, mas eliminam também importantes variáveis de análise. Critica, então, os estudos da morte em que o pesquisador fica em uma posição de observador destacado; e enfatiza o pesquisador que se reposiciona continuamente, o "*positioned subject*".

O conceito de posição se refere a como a experiência da vida do pesquisador pode facilitar ou inibir o estudo de tipos particulares de problemas, assim como sua idade, sexo, etc. Estando a cultura vinculada com o poder, o pesquisador teria de se questionar, no início de seu trabalho, sobre a própria posição social que ocupa e aquela dos entrevistados. Por exemplo: a pessoa que entrevistamos fala a partir de uma posição de poder ou de subordinação? Que tipo de experiência ela tem? Quais são as formas complexas que constituem a sua identidade social?

Neste sentido é que Geertz (1989) afirma ter de existir uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida cotidiana. O termo que mais reflete esta tensão entre a participação e a observação destacada é observação participante, que expressa um paradoxo: o primeiro termo (*observação*) convida a uma distância. O segundo termo (*participante*) convida a um envolvimento emocional. Clifford (2002) tenta superar este paradoxo definindo a observação participante como dialética entre experiência e interpretação. Existe uma passagem contínua entre o "interno", a

interpretação, a análise dos fatos e o “externo”, o contexto mais amplo: “entendida de modo literal, a observação participante é uma fórmula paradoxal e enganosa, mas pode ser considerada seriamente se reformulada em termos hermenêuticos, como uma dialética entre experiência e interpretação” (Clifford, 2002, p.33). Daí ser necessário entender o significado de experiência enquanto processo de conhecimento, e não de simples vivência pessoal (Fabietti, 1999).

Este interesse em relação ao estudo de fenômenos específicos encontra, no plano metodológico, a sua expressão nos estudos da experiência subjetiva, da história individual, e as histórias de vida passam a ser métodos importantes nesse processo, incorporados nos estudos de Saúde Coletiva (Alencar, 2006; Van Manen, 2002, 1990). Conceitos importantes são *experiência* e *subjetividade*. A etnografia contemporânea, portanto, deixa espaço à subjetividade do etnógrafo, à utilização da primeira pessoa no texto etnográfico, à colocação de considerações auto-reflexivas. Produz auto-reflexão também entre os membros do grupo estudado.

Na antropologia, neste último decênio, produziu-se uma outra mudança por meio da atenção particular dos antropólogos dirigida às próprias sociedades ocidentais nas quais têm se desenvolvido. Rabinow (1996) e Latour e Woolgar (1997) inovam o objeto da etnografia ao voltarem-se para o modo como a ciência produz seus resultados. A mudança de atenção da tradicional tarefa de estudar as sociedades “primitivas” para a análise cultural da sociedade de pertença produziu uma série de questões metodológicas centrais, assim como uma reflexão sobre o objeto, o contexto e os próprios instrumentos da pesquisa antropológica.

A primeira questão foi colocada por Lévi-Strauss (1986), que intitulou um dos seus livros “O olhar distanciado”. Um pesquisador que observa a própria sociedade tem maiores dificuldades em encontrar as especificidades culturais em relação a um observador externo. O segundo aspecto refere-se à maneira de observar as práticas científicas. Bibeau (2004), em livro recente, identifica dois grupos de pesquisadores: o primeiro se especializou nos estudos etnográficos de laboratório, analisando de perto os locais de produção do pensamento científico. Para Bibeau, esses estudos aparecem como reducionistas, sobretudo aqueles que se aproximam do estilo de Latour, que analisa especialmente os processos de construção do pensamento científico. Um segundo grupo de pesquisadores estuda os processos científicos dentro de uma visão mais ampla, analisando não somente a vida de laboratório, mas também a produção das invenções por meio dos *copyright* e o mercado com suas alianças, conflitos, dedicando uma atenção particular especialmente ao que se refere ao mercado bioindustrial acionário.

Na segunda parte deste artigo, discutimos os aspectos metodológicos referentes à observação participante com base nos registros em diário de campo e relatório de pesquisa de um estudo etnográfico realizado com pessoas idosas na cidade de Fortaleza.

Observar, participar, interpretar: percursos de um estudo etnográfico

Paes Landim (2004) realizou um estudo etnográfico, particularmente influenciado pela antropologia interpretativa de Geertz, com o objetivo de investigar como pessoas idosas em situação socioeconômica desfavorável e que freqüentam grupos de idosos percebem a própria saúde e como cuidam de si nas experiências cotidianas. O estudo teve a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Nesta perspectiva, uma grande importância é conferida à observação dos eventos, dos rituais, que permitem desvendar elementos ou aspectos referentes às regras, à cultura do grupo. O desenho do estudo, portanto, serviu-se do profícuo diálogo das Ciências Sociais com a Saúde, especificamente a antropologia que, como coloca Durham (2004), apresenta um material provocativo e estimulante para repensar a realidade social.

A pesquisa de campo foi desenvolvida em Fortaleza, no período de janeiro de 2003 a fevereiro de 2004, com um grupo de idosos do Centro Comunitário Luíza Távora, localizado no bairro Vicente Pinzón. Este bairro, contexto do estudo, possui uma população de 39.551 pessoas, 2.371 das quais têm sessenta anos ou mais. O número de pessoas alfabetizadas chega a um total de 28.757, sendo 1.423 com sessenta anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

Esses dados, entretanto, não são suficientes para contextualizar o bairro. Um bairro, além de deter características históricas, estéticas, topográficas, socioprofissionais e outras, também é o lugar onde:

a relação espaço/tempo é a mais favorável para um usuário que deseja deslocar-se por ele a pé, saindo de sua casa. Por conseguinte, é o pedaço de cidade atravessado por um limite distinguindo o espaço privado do espaço público: é o que resulta de uma caminhada, da sucessão de passos numa calçada, pouco a pouco significada pelo seu vínculo orgânico com a residência. (Certeau, Girard, Mayol, 2003, p.41)

Neste sentido, torna-se compreensível o que foi revelado pelo andar mais lento dos idosos que transitam ininterruptamente pelas ruas, becos e ruelas do bairro que ajudaram a construir ativamente.

Realizar um estudo etnográfico pressupõe algum tempo de convívio com o grupo que se quer conhecer. E toda investigação prevê uma ou mais idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, numa avaliação da situação em que se trabalhará, buscando: “prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, ou seja, como apresentá-la, como se apresentar, a quem se apresentar, através de quem, com quem estabelecer os primeiros contatos” (Minayo, 2000, p.103). Este momento é registrado no diário de campo do pesquisador:

Fui conhecer o grupo. Uma parte deles estava aguardando a coordenadora sentados em cadeiras de plástico, no alpendre em frente à sala onde ocorre a atividade do grupo, e outra parte no quintal sob a sombra de uma árvore frondosa. Cumprimentei as pessoas, procurei uma cadeira e sentei-me nas que estavam no alpendre, mais protegida do sol. Dei uma olhada no grupo. Era composto basicamente por mulheres, alguns poucos homens. Contei setenta pessoas. (*Senti que, quando cheguei, todos olharam para mim, um pouco de curiosidade. Observei que fui bem acolhida na “primeira impressão” e isso foi recíproco.*) (Paes Landim, 2004)

Outro trecho retrata este momento inicial da entrada em campo do pesquisador e indica que as primeiras incursões ao grupo que se quer estudar se caracterizam pela adoção de estratégias de aceitação, tão comum e necessária para se fazer um trabalho de pesquisa utilizando o método etnográfico:

Às 9h00 acompanho a coordenadora ao pátio e ao salão onde os idosos estão reunidos. O sol está forte, faz calor. Como da outra vez em que estive no grupo, estão todos sentados em cadeiras de plástico sob a sombra de duas amendoeiras altas e frondosas no meio do pátio; outros se sentam à sombra do alpendre. Percebo que as pessoas me reconhecem. Dou bom-dia a todos e sento-me junto deles. As pessoas com as quais conversei mais diretamente da última vez sinalizam boas-vindas com as mãos. Fico contente em revê-las. (Paes Landim, 2004)

O diário de campo é o instrumento mais básico para o pesquisador que está fazendo uma etnografia. É um documento pessoal e nele escrevemos observações, experiências, sentimentos, sensações, até “percepções de pele”; porém, a imagem do diário inspirada nos trabalhos dos primeiros antropólogos, de um caderno com capa dura, manuscrito, está sendo superada com o crescente uso de laptops/notebooks “com condições de comportar sofisticados programas de recepção e gerenciamento de dados qualitativos” (Víctora, Knauth, Hassen, 2001, p.73). Entretanto, mesmo utilizando um diário de campo eletrônico, o pesquisador deve manter a função deste instrumento, que é a de registrar, do modo mais fiel e detalhado possível, cada ida ao campo: “muitas vezes são as informações do diário de campo que nos dão subsídios para analisar os dados coletados de outra forma. Deve-se manter a lógica de um diário de viagem, no qual se escreve todo dia sem restrições” (Víctora, Knauth, Hassen, 2001, p.73).

A entrada em campo é um momento rico de significados sutis, que requer cuidado e empatia por parte do pesquisador.

No primeiro dia, conversei com algumas pessoas que estavam sentadas ao meu lado. Ouvi histórias de amor, histórias de doença, vi as pessoas conversarem alto, sorrirem, silenciarem, rezarem, dançarem, comerem e, por fim, irem embora não sem antes (muitas dessas pessoas eu ainda não sabia o nome) me abraçarem, ou me beijarem, ou apertarem minha mão, dando-me as boas-vindas. Nada de estranhamento, e sim acolhimento. As pessoas aceitaram a minha presença no grupo com simplicidade e espontaneidade e, por ter sido apresentada como pesquisadora, com uma certa curiosidade. (Paes Landim, 2004)

A partir da aceitação do pesquisador pelo grupo, pode-se levar a cabo a observação participante, que implica, necessariamente, uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados. A qualidade dos dados obtidos depende, em grande parte, da maneira como essa relação se estabelece. Para Cardoso de Oliveira (2000), uma verdadeira interação entre pesquisador e informante ocorre quando este último passa à condição de interlocutor. Dessa forma é possível manter uma relação dialógica, de proximidade e confiança, baseada em princípios éticos. E é importante que o relatório de pesquisa esclareça como isso se deu:

Passei a freqüentar as reuniões do grupo uma vez por semana e a participar das atividades desenvolvidas, como o momento da oração, os trabalhos corporais, o forró, e outras. Em pouco tempo, minha presença foi fazendo parte da paisagem do grupo. Tanto os idosos, quanto a coordenadora desenvolvemos uma relação recíproca de confiança e afeto. Mas, principalmente com os idosos, o contato corporal era intenso. Eu, literalmente, era abraçada por setenta pessoas tantas vezes eu freqüentasse o grupo. E retribuía os abraços com a mesma intensidade. Porém, esta reciprocidade afetiva não dissolveu a alteridade, presente independentemente da vontade do pesquisador, como diria Zaluar, nos gestos, na posse de objetos como o gravador, na minha agenda capa dura vermelha... Antes, esta reciprocidade foi positiva e baseada numa relação de confiança que foi se construindo no trabalho de campo. (Paes Landim, 2004)

Para Clifford (2002, p.20), o trabalho de campo etnográfico

permanece como um método notavelmente sensível. A observação participante obriga seus praticantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto intelectuais, as vicissitudes da tradução. [...]; como meio de produzir conhecimento a partir de um intenso envolvimento intersubjetivo, a prática da etnografia mantém um certo status exemplar.

Como participava até o final das reuniões do grupo, que costumam encerrar por volta do meio-dia, terminei por estabelecer uma rotina de dar carona para algumas pessoas que moravam por onde eu passava. Também aceitei alguns convites para tomar café em algumas casas, convites sempre acrescidos de "minha casa é simples, mas você será muito bem-vinda" ou "é casa de pobre, não tem nada, mas o coração é grande" [confirmando Damatta (2000) sobre a nossa hospitalidade]. E assim fui estreitando os laços com as pessoas. Dessa forma, fiquei conhecendo melhor o bairro e já sabia localizar suas casas. (Paes Landim, 2004)

A permanência em campo exige que se reflita sobre o vínculo na relação entre pesquisador e pesquisado, que sempre envolve um alto grau de subjetividade. Este é outro momento delicado para o pesquisador que está fazendo uma etnografia, quando precisa aprofundar o estudo e, concomitante à observação participante, lançar mão da entrevista em profundidade e/ou história de vida. Como selecionar, num grupo, informantes-chave? Quem entrevistar e/ou de quem colher a história de vida? Isto requer algum tipo de critério e se coloca, muitas vezes, como um dilema para o pesquisador.

Paes Landim (2004) recorreu a Éclea Bosi (1994, p.37), que relata:

O principal esteio do meu método de abordagem foi a formação de um vínculo de amizade e confiança com os recordadores. Esse vínculo não traduz apenas uma simpatia espontânea que se foi desenvolvendo durante a pesquisa, mas resulta de um amadurecimento de quem deseja compreender a própria vida revelada do sujeito.

Apreendi o nome de Liberalina desde o primeiro momento em que fomos apresentadas formalmente. Sua figura graciosa, pequenina, sempre com um chapéu de crochê azul que, soube mais tarde, ela mesma confeccionava, me chamou a atenção logo no primeiro dia de observação. A empatia foi recíproca, e ao longo das minhas incursões no campo, de conversas entre uma atividade ou outra do grupo, de caronas ao meio-dia, estabelecemos uma relação de confiança afetuosa. Liberalina, 86 anos, era freqüentadora assídua do grupo. Seu corpo magro tinha uma prontidão, aos meus olhos, impressionante, para o movimento. Participava ativamente das atividades corporais, dança, jogos, dramatizações, propostas pela coordenadora do grupo. (Paes Landim, 2004)

Neste momento surge uma série de perguntas sobre como compreender aquela realidade que se apresenta, e quais as ferramentas teóricas com as quais se pode contar. Mais do que nunca faz sentido a leitura de Geertz (1989, p.7):

O que o etnógrafo enfrenta, de fato - a não ser quando está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados - é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente, estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. [...]. Fazer a etnografia é como tentar ler no sentido de construir uma leitura - um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não como os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado.

Nos momentos em campo, havia uma intensa troca de informações. As conversas informais que mantinha com as pessoas foram me revelando o universo em que viviam, o que pensavam, o que faziam no cotidiano, e muitas das perguntas que eu havia me feito foram respondidas durante a observação participante. (Paes Landim, 2004)

A observação participante realizada junto ao grupo revelou que os limites atribuídos aos idosos não são definidos por eles próprios, e sim por um outro, geralmente mais jovem, que tenta destituir de poder aqueles que estão vivenciando o envelhecimento. O estudo etnográfico mostra que os idosos estão em constante movimento, buscando superar limitações impostas pelas duras condições de existência em que vivem desde a infância, e que se perpetuaram ao longo de suas vidas: trabalho na infância, fome, privações, ausência de estudo, ausência de trabalho remunerado condignamente, ausência de assistência adequada à saúde, dependência do assistencialismo estatal. O cuidado de si, observado no dia-a-dia, revela uma série de táticas cotidianas de cuidados medicinais, dietéticos, corporais, de desenvolvimento de novas aprendizagens, como ofícios artesanais, o retorno ao estudo; e a intensa participação em grupos de idosos e grupos de orações, que contribuem para a manutenção da sociabilidade, autonomia, interesse pela vida, novos projetos, que influem diretamente no bem-estar e saúde desse grupo.

Conclusão

A proposta foi abrir um debate sobre a pesquisa etnográfica, mostrando sua evolução nos últimos decênios e como vem sendo utilizada hoje para estudar uma variedade de temas na área da Saúde. O recente e crescente uso da etnografia na pesquisa nessa área teria de proporcionar um melhor

conhecimento dos aspectos estudados, porém, muitos desses estudos não se fundamentam na observação cuidadosa das práticas realizadas. É necessário perguntar-se se o recente e crescente uso da etnografia pela Saúde não se caracterizaria quase como uma distorção de suas premissas originais, configurando-se no que se poderia chamar de observação de "tipo" etnográfico. Entende-se que isto possa estar ocorrendo em consequência de algumas dificuldades enfrentadas hoje pelos pesquisadores, como o pouco tempo dado pelos programas de pós-graduação e pelas agências fomentadoras para se fazer pesquisa, como também pelas dificuldades inerentes ao método, que exige um treinamento prévio do pesquisador e uma familiaridade com os textos clássicos da antropologia, além de leituras de relatórios de pesquisa e diários de campo, e, certamente muito importante, capacidade de escrita. Questões éticas também se colocam hoje para o pesquisador que se propõe fazer uso da etnografia. Ao entrar em um grupo ou uma instituição para realizar investigação etnográfica, o pesquisador passa a olhar, ouvir e escrever tudo o que lhe chega à percepção, como importante para esclarecimento do seu objeto de estudo. Como obter consentimento informado livre e esclarecido de todos os sujeitos que estão no campo de pesquisa? Como adentrar a casa das pessoas, conhecer sua família, o modo como vivem as pessoas nesse grupo? E as instituições, como os serviços de saúde? Estas são apenas algumas das questões éticas levantadas e que os pesquisadores que enveredam por este campo de estudo precisam equacionar. Apesar das profundas transformações produzidas, o elemento principal que caracteriza ainda hoje a pesquisa etnográfica fundamenta-se na observação cuidadosa das práticas realizadas, em uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida quotidiana.

Colaboradores

Andrea Caprara foi responsável pela concepção do trabalho e desenvolvimento da introdução e primeira parte. Lucyla Paes Landim participou na concepção, coleta e interpretação da pesquisa apresentada na segunda parte.

Referências

ALENCAR, R. **Viver com seqüelas das funções orais decorrentes do câncer de boca: histórias de vida**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2006.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.143-56.

ALMEIDA FILHO, N. et al. **Etnografia da prática epidemiológica em dois estudos de avaliação**. Salvador: ISC/ UFBA, s.d.

ALVES, P.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde e doença. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C. (Orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p.107-21.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.7, n.4, p.925-34, 2002.

APPADURAI, A. **Modernity at large: cultural dimensions of globalization**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996.

ATKINSON, S.J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.283-99, 1993.

BANYAI, I. **Zoom**. Rio de Janeiro: Brinque-Book, 2002.

BENINI, P.; NACLERIO, R. **La ricerca qualitativa nelle scienze sociali**. Disponível em: <http://www.westerni.unibg.it/siti_esterni/sde/matriculturali/documenti_files/RICERCA%20QUALITATIVA.htm>. Acesso em: 01 out. 2004.

BIBEAU, G. **Le Québec transgénique: science, marché, humanité**. Montréal: Boréal, 2004.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRINK, P.J.; EDGEcombe, N. What is becoming of ethnography? **Qual. Health Res.**, v.13, n.7, p.1028-30, 2003.

CAPRARA, A. Cultural interpretations of contagion. **Trop. Med. Int. Health**, v.3, n.12, p.996-1001, 1998.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. 2.ed. Brasília: Paralelo 15, 2000.

CERTEAU, M.; GIRAD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano: morar, cozinhar**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. v.2.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

CLIFFORD, J.; MARCUS, G. **Writing culture: the poetics and politics of ethnography**. Berkeley: University of California Press, 1986.

DA SILVA, C.T. Sobre a interpretação antropológica: Sahlins, Obeyesekere e a racionalidade havaiana. **Rev. Antropol. USP**, n.45, p.403-15, 2002.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DURHAM, E. R. **A dinâmica da cultura**. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

_____. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, R. C. L. (Org.). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. p.17-38.

_____. (Org.). **Malinowski**. São Paulo: Ática, 1986.

FABIETTI, U. **Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione**. Roma: Laterza, 1999.

FABIETTI, U.; REMOTTI, F. **Dizionario di antropologia, voce etnografia**. Bologna: Zanichelli, 1997.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. From the native's point of view: on the nature of anthropological understanding. In: _____. **Local knowledge: further essays in interpretive anthropology**. London: Harper Collins United Kingdom, 1993. p.55-70.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

- GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. Saúde Pública**, n.15, p.789-97, 1999.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografia: métodos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- IRIART, J.A.; ANDRADE, T.M. Body-building, steroid use, and risk perception among young body-builders from a low-income neighborhood in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1379-87, 2002.
- JONES, J.; HUNTER, D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. **Br. Med. J**, n.311, p.376-80, 1995.
- KILLINGER, C.L. et al. Etnografia do saneamento, limpeza e saúde: um estudo de caso nas unidades domésticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.5, supl., p.83, 2000.
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção de fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- LÉVI-STRAUSS, C. **O olhar distanciado**. Lisboa: Edições 70, 1986.
- LOCK, M. Contesting the natural in Japan: moral dilemmas and technologies of dying. **Cult. Med. Psychiatry**, n.19, p.1-38, 1995.
- MALINOWSKI, B. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: DURHAM, E.R. (Org.). **Malinowski**. São Paulo: Ática, 1986. p.24-48.
- MEYER, J. Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. **Br. Med. J**, n.320, p.178-81, 2000.
- MENEZES, R.A. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.5, n.9, p.117-30, 2001.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, A.M.H. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-42.
- NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.9, p.2103-12, 2007.
- NATIONS, M.K.; NUTO, A.S.S. Tooth worms, poverty tattoos and dental care conflicts on Northeast Brazil. **Soc. Sci. Méd.**, n.54, p.229-44, 2002.
- NUNES, M. **Da clínica à cultura: uma etnografia da relação terapêutica no contexto "PSI" na Bahia, Brasil**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1993.
- OBEYESEKERE, G. **The apotheosis of captain cook: european mythmaking in the pacific**. Princeton: Princeton University Press, 1997.

PAES LANDIM, L. **O entardecer no farol**: um estudo etnográfico sobre a percepção da saúde entre pessoas idosas. 2004. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2004.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park: SAGE Publications, 1987.

PIZZA, G. **Antropologia medica**: saperi, pratiche e politiche del corpo. Roma: Carocci, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. (Eds.). **Qualitative research in health care**. London: BMJ Books, 2000.

RABINOW, P. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

_____. **Making PCR**: a story of biotechnology. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.

REGO, R.C.; BARRETO, M.L.; KILLINGER, C.L. What is garbage, anyway? The opinions of women from an outlying neighborhood in a large Brazilian city. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1583-91, 2002.

RODRIGUES, N.; CARDOSO, C.A. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L.F.D. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.137-49.

ROSALDO, R. **Culture & truth: the remaking of social analysis**. Boston: Beacon Press, 1993.

SOUZA, I.M.A. Um retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.151-68.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.7, n.3, p.581-9, 2001.

VAN MANEN, M. (Org.). **Writing in the dark**: phenomenological studies in interpretive inquiry. Ontario: The Althouse Press, 2002.

_____. **Researching lived experience**: human science for an action sensitive pedagogy. Ontario: The University of Western Ontario, 1990.

VÍCTORA, C.G; KNAUTH, D.; HASSEN, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

WIKLUND, L.; LINDHOLM, L.; LINDSTRÖM, U.A. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. **Nurs. Inqu.**, v.9, n.2, p.114-25, 2002.

ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Rev. Bras. Ciênc. Soc.**, v.12, n.25, p.29-47, 1997.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades y límites en la pesquisa en salud. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.

El método etnográfico viene siendo crecidamente utilizado para estudiar una variedad de temas en el área de la salud como: el funcionamiento y evaluación del sistema sanitario; la investigación epidemiológica; la pesquisa científica de laboratorio; la pesquisa biotecnológica; la pesquisa genética, entre otros. Esto nos lleva a formular algunas preguntas metodológicas a partir de la lectura de estos trabajos: ¿cómo se ha ido transformado la pesquisa etnográfica en los últimos decenios? ¿Qué elementos caracterizan la pesquisa etnográfica aplicada en salud? Buscando reflexionar sobre estas cuestiones desarrollamos el artículo mediante dos sucesivos desdoblamientos: 1 el desarrollo del método etnográfico de pesquisa y su utilización en la pesquisa en salud; 2 los aspectos metodológicos de una pesquisa etnográfica realizada con ancianos en la ciudad de Fortaleza, estado de Ceará, Brasil, enfocando el interés sobre la observación participante.

Palabras clave: Etnografía. Investigación cualitativa. Observación. Salud pública.

Recebido em 28/03/07. Aprovado em 14/12/07.

Experiência estética e cotidiano institucional:

novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental

Renata Caruso Mecca¹
Eliane Dias de Castro²

MECCA, R.C.; CASTRO, E.D. Aesthetic experience and institutional daily life: new maps for subjectively dealing with spaces for mental healthcare. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.377-86, abr./jun. 2008.

The use of artistic activities as agents for mental healthcare practices in relation to the organization of daily life and institutional spaces, in substitutive services such as at psychosocial care centers, is discussed. The importance of porosity in this daily life to welcome users' creations and link them with the other activities that structure daily life and occupy institutional spaces is discussed. It is advocated that institutional spaces need to reflect the intrinsic characteristics and needs of people who are treated there, and for the institution to function as a backdrop for semantic linkage of the subjects' experiences and their possible dialogue with culture.

Key words: Occupational therapy. Institutionalization. Mental health. Culture. Activities of daily living.

Discute-se o uso das atividades artísticas como agenciadoras de práticas de cuidado em saúde mental, vinculadas à organização do cotidiano e do espaço institucional em serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Discorre-se sobre a importância da porosidade desse cotidiano para o acolhimento da criação dos usuários e a articulação desta com as demais atividades que estruturam o cotidiano e habitam os espaços institucionais. Defende-se a necessidade de o espaço institucional refletir o estilo de ser e as necessidades das pessoas que lá se tratam, e de a instituição funcionar como pano de fundo para a articulação semântica das experiências dos sujeitos e seus possíveis diálogos com a cultura.

Palavras-chave: Terapia ocupacional. Institucionalização. Saúde mental. Cultura. Atividades cotidianas.

¹ Terapeuta ocupacional.
Centro de Atenção
Psicossocial, Prefeitura de
Guarulhos. Rua Dona
Antonia, 965 - Gopoúva
Guarulhos, SP
07.022-000
meccadasartes@
yahoo.com.br

² Terapeuta ocupacional.
Curso de Terapia
Ocupacional, Faculdade
de Medicina,
Universidade
de São Paulo.

Introdução

Este artigo discorre sobre o uso de atividades artísticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) destinado à assistência de pessoas com transtornos psíquicos graves, suas possíveis correlações com a construção do cotidiano institucional e com a apropriação e personificação deste cotidiano pelos usuários do serviço. Partimos da experiência do grupo Oficina de Bricolagem do CAPS da Prefeitura Municipal de Guarulhos e propusemos fazer uma compreensão das experiências desenvolvidas no grupo como facilitadoras do acolhimento de modos de existência diversos e da ancoragem destes numa rede de significação coletiva. Experiências estas agenciadoras de um reconhecimento de si na cultura e promotoras do sentimento de filiação. O presente trabalho compõe parte de nossa dissertação de mestrado na qual o grupo em questão é campo de pesquisa.

A Oficina de Bricolagem é um grupo aberto aos usuários que estão em tratamento intensivo e semi-intensivo no CAPS, realizado semanalmente, e tem como proposta produzir trabalhos artísticos grupais como: painéis, esculturas, instalações, entre outros, que são expostos no ambiente do próprio CAPS, e por vezes em outros espaços da cidade. Sua finalidade consiste em possibilitar aos usuários deixarem suas marcas na composição do ambiente da instituição, e que, com base nisso, se trabalhe o vínculo dos usuários com o serviço para que este possa tornar-se referência de cuidado para os mesmos. Fragmentos da história dos sujeitos passam a compor fisicamente a história da instituição e esta passa a refletir o estilo de ser das pessoas que lá se tratam.

Nossa investigação acompanhou a participação de 23 usuários do CAPS na Oficina durante 13 meses, porém algumas passagens aqui relatadas ocorreram antes do período da coleta, objetivando um resgate histórico do grupo. O método utilizado foi a pesquisa-ação, que consta da análise e reflexão de um projeto de intervenção, proposto no campo de pesquisa pelo próprio pesquisador, em construção conjunta e interativa com o grupo, que intervém no processo de coleta, definição de problemas e análise de dados. Pressupõe um processo de emancipação e apropriação da pesquisa pelos sujeitos, pois coloca em foco a geração de soluções para problemas práticos e o desenvolvimento de habilidades e capacidades, fazendo com que se engajem na pesquisa e no desenvolvimento e implementação de atividades (Meyer, 2005).

Nesse sentido, pensamos na escolha de um método em estreita associação com a prática em terapia ocupacional desenvolvida na oficina, cujo objetivo é ofertar cuidado e atenção a pessoas que, por conta de um sofrimento psíquico agudo, têm seu potencial de ação fragilizado, pois se encontram em situação de ruptura de laços sociais, paralisação do curso da vida, desestruturação do cotidiano e dificuldade de se envolver em atividades, delas se apropriarem e por elas serem socialmente reconhecidos.

Ofertamos um campo de experimentação com relação ao fazer, contextualizado na relação terapêutica e na construção da narrativa pessoal, que se inicia por uma escuta e observação: das potencialidades e dificuldades de cada um; dos desejos, expectativas, fragmentos da história pessoal; do estilo de ser do sujeito impresso no fazer, e da poética pessoal. Deste processo, surgem propostas de atividades artísticas organizadas num projeto grupal, discutidas com os participantes e conectadas com suas necessidades, na tentativa de alinhavar os sujeitos numa proposição estética comum, que abra espaço para o acontecer poético e potencialize desdobramentos deste fazer nas diversas esferas da vida e do cotidiano, tornando-os atores no processo de realização das atividades.

A oficina teve início em setembro de 2001, quando o CAPS de Guarulhos mudou suas instalações para o local onde antes era o antigo Instituto de Psiquiatria de Guarulhos, desativado há alguns anos, local de internação e experiências traumatizantes para muitos de nossos usuários e seus familiares. Por um tempo após a mudança, convivemos com a reforma daquele espaço, a troca de pisos, a quebra de paredes, as conversas com os arquitetos para soluções que melhor atendessem aos projetos da equipe. Com isso, percebemos a necessidade de também envolver os usuários nesse processo de transformação de um espaço físico que refletia nas formas de pensar as modalidades e práticas de atenção em saúde mental para esta população.

A proposta era de acompanhar processos de criação que trouxessem uma transformação física daquele espaço com base em conteúdos, idéias, projetos e desejos dos usuários. Fazer do CAPS uma

morada para projetos de desenvolvimento pessoal e propor aos usuários que, em sua passagem pela instituição, pudessem contribuir para o acontecer histórico, tanto no nível microfísico, quanto no nível macropolítico, pensando nas transformações necessárias à atenção em saúde mental no município.

Segundo Saraceno (1999), o trabalho de transformação na lógica da atenção em substituição ao modelo manicomial tem muito a ver com a desinstitucionalização das práticas, com a humanização e os direitos, com a subjetivação dos indivíduos, mas, sempre e em cada momento, tem a ver com espaços concretos nos quais as pessoas comem, dormem, caminham, falam. Cita Goffman (1968) apud Saraceno (1999) ao dizer que a desmontagem institucional é, sobretudo, um trabalho de desmontagem das funções espaciais, de reaquisição do direito ao uso dos espaços, de subjetivação e de ressimbolização dos espaços para que legitimem a "grandiosa banalidade cotidiana".

A participação dos usuários na reforma tanto física quanto ideológica da instituição nos remeteu a nomear, o grupo, de Oficina de Bricolagem. A princípio, levamos em consideração o termo bricolagem no sentido de seu uso comum: utilizar materiais de construção de diversos tipos para intervir de modo próprio na reforma de ambientes de maneira criativa. Com o tempo e com base em processos criativos desenvolvidos no grupo, percebemos que bricolagem também remetia a outros sentidos ligados à arte de combinar materiais de origens distintas, histórias e significados diversos em uma produção conjunta, produção estética da convivência de diferentes.

Pensamos que o trabalho de intervenção concreta nos espaços vividos favorece uma cultura da diferença e promove mudanças tanto na forma como os sujeitos atendidos se relacionam com o fazer, e por ele são reconhecidos, como nos *modos operandis* dos profissionais do serviço. Mas para que isto ocorra, é necessário caminhar no sentido de potencializar o encontro entre as singularidades, abarcar o contato com a estranheza e tornar coletivas as experiências.

Sennett (1997) alerta para a relação das pessoas com o espaço urbano das metrópoles contemporâneas como local de passagem marcado pela velocidade e passividade dos corpos, pelo individualismo e pela fragmentação. Os deslocamentos são cada vez mais rápidos num ambiente cujas referências tornam-se secundárias. Os corpos se movem sem obstrução e com passividade por cenários a se passar à vista e para destinos fragmentados e descontínuos. O individualismo moderno sedimentou o silêncio e a passividade dos cidadãos perante a diferença numa ordem que significa falta de contato. Assim, a vida cotidiana vai sendo consumida por esforços que tendem a minimizar e evitar conflitos com aquilo que é estranho. O autor aponta que, até nas metrópoles multiculturais, as pessoas não acolhem a diferença e, na maioria das vezes, a melhor expectativa está na tolerância, já que a velocidade e a fragmentação do meio fortalecem o rápido julgamento do comportamento daqueles que não pertencem ao lugar. O autor diz que jamais seremos capazes de captar a diferença alheia se não reconhecermos nossa fragilidade e estranheza e mudarmos a compreensão de nossos corpos como auto-suficientes. Para ele, a compaixão cívica deve ser movida por esta carência, e não pela boa vontade ou retidão política.

Por um bom tempo na oficina, os interesses em se trabalhar com os espaços estiveram direcionados para o desenvolvimento de trabalhos grupais em arte, que utilizavam materiais que sobravam da reforma. No início, o encontro com materiais remanescentes do antigo hospital psiquiátrico resgatou memórias e a necessidade, tanto da equipe como dos usuários, de transformá-los criativamente para que pudessem marcar um rito de passagem, uma nova forma de utilizar o espaço e de nele desenvolver outras práticas. A porta da cela forte encontrada entre os entulhos foi chumbada num suporte de cimento e ganhou um olho entalhado na madeira que, de fora, a tudo vigiava. O antigo piso do hospital psiquiátrico foi transformado em um mosaico que captava corpos celestes e explosões no espaço sideral. Objetos e materiais de uso hospitalar eram ressignificados e suas formas remetiam a outras viagens: uma velha caldeira de esterilização se tornou uma nave que carregava fotografias familiares e aspirações futuras. Lençóis do hospital, gentilmente cedidos pela enfermagem, viraram painéis de pintura com cenas da história de cada um dos usuários. Sobras de retalhos da oficina de costura se transformaram num estandarte de *patchwork*, que resgatava histórias ligadas a experiências no campo do fazer.

As experiências de criação artística na oficina uniam fragmentos da história da atenção em saúde mental e da história pessoal dos sujeitos, e os ressignificavam para, então, agenciar transformações de estados de ser, enrijecidos na dependência de outros, no lugar da doença, no não poder desejar, demandar ou opinar sobre o coletivo, para um novo acontecer histórico compartilhado.

As marcas deste processo se deram mediante as produções, que iniciaram com a transformação da cela forte destituída de poder por meio de uma alegoria da vigilância, até a pintura e costura de experiências que apontavam para desejos, necessidades e projetos de vida dos usuários. Fazia-se necessário exumar os destroços da atenção pautada na tutela e no controle dos corpos e dos discursos, para deles, de certa forma, nos libertarmos e podermos então desejar, encontrar o outro e resgatar seus projetos.

Pensamos que essa passagem criativa do grupo também reflete as transformações históricas no contexto da saúde mental. Talvez, nos serviços substitutivos, não tenhamos de lidar mais com a violência explícita do modelo manicomial, mas, ainda assim, com redes de vigilância que se calcam nas entranhas do cotidiano institucional e no uso de seu espaço. Deleuze (1992), ao refletir sobre as novas formas de controle social, nos diz que estas são exercidas pelo estabelecimento de formas de controle contínuo e ilimitado, com a "implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação" (Deleuze, 1992, p.225).

Certeau (1998) desenvolve uma pesquisa sobre a criatividade cotidiana e as maneiras pelas quais os sujeitos subvertem as representações, leis e produtos impostos pela ordem econômica dominante. Em sua tese, usa a palavra bricolagem para descrever a maneira pela qual os usuários consumidores de uma economia cultural dominante operam metamorfoses nas normas que lhe são impostas, e fazem uso delas segundo seus interesses próprios e suas próprias regras. Para tanto, reporta-se a Foucault para pensar uma substituição da análise das instituições localizáveis como aparelhos que exercem o poder, pelos "dispositivos que vampirizam as instituições e reorganizam clandestinamente o funcionamento do poder: procedimentos técnicos minúsculos, atuando sobre os detalhes, redistribuíram o espaço para transformá-lo no operador de uma vigilância generalizada" (Certeau, 1998, p.41).

Isto nos faz pensar sobre as transformações na lógica de exercício do poder dentro das instituições pós-reforma psiquiátrica, que substituem o modelo centralizado na internação hospitalar. É necessário um exercício cotidiano de auto-avaliação das equipes e de crítica às práticas que, em suas filigranas, tramitam a vigilância e a tutela, e que, na relação face a face com os usuários, operam o controle dos comportamentos e a instituição de modos de ser e de fazer meramente adaptados ao social. Este tipo de prática tende ao constante esvaziamento do fazer humano, que se torna mera execução de tarefas e perde gradualmente reconhecimento social. A nosso ver, este é um risco permanente nos serviços substitutivos.

Guatarri (2005) aponta que, na época contemporânea, a exacerbação de produção de bens materiais e imateriais em detrimento da consistência de territórios existenciais individuais e de grupo engendrou um vazio na subjetividade, que tende a se tornar cada vez mais sem recursos. Para o autor, vivemos atualmente degradações nos três domínios ecológicos nos quais se instaura a subjetividade: mental, social e ambiental. Ele propõe a construção de uma nova referência ecosófica, que indica linhas de recomposição das práxis humanas nos mais variados domínios, naquilo que concerne à vida cotidiana. Trata-se de se debruçar sobre os dispositivos de produção de subjetividade, indo no sentido da re-singularização individual e/ou coletiva. Numa perspectiva de reinvenção constante, em contraposição aos processos que se congelam em repetições, o autor toma o paradigma estético para reconfigurar as práticas no campo da saúde, no qual cada desempenho concreto inaugura aberturas prospectivas à construção de territórios existenciais, com base na práxis que permita torná-los habitáveis por um projeto humano.

Atualmente, a cultura dominante tem o cotidiano como frente de estratégia de atuação. Signos que antes eram transmitidos por autoridades normativas, como a Igreja e o Estado, hoje são veiculados pelos meios de comunicação de massa, que difundem, com intensidade e onipresença maior do que aquelas instâncias, padrões normativos e valores homogeneizadores que acabam sendo incorporados à vida dos consumidores (Dias, 1998).

Porém, com base nisso, Certeau (1998) se pergunta: se for verdade que por toda parte na sociedade se estende uma rede de vigilância, como que uma sociedade inteira não se reduz a ela? Quais procedimentos populares permitem os sujeitos dela escaparem, jogarem e alterarem seus mecanismos de disciplina? O autor desenvolve a tese de que é por meio das "maneiras de fazer" dos sujeitos que consomem produtos e normas da cultura dominante, que estes se reapropriam do espaço organizado

pelas técnicas da produção socioindustrial, numa atitude criativa que ele dá o nome de “bricoladora”, pois combina inúmeras e infinitas metamorfoses das normas e maneiras singularizadas de se relacionar com elas (Certeau, 1998).

Sua tese coloca questões análogas e contrárias às abordadas por Foucault:

Análogas, porque se trata de distinguir as operações quase microbianas que proliferam no seio das estruturas tecnocráticas e alteram seu funcionamento por uma multiplicidade de “táticas” articuladas sobre os “detalhes” do cotidiano; contrárias, por não se tratar mais de precisar como a violência da ordem se transforma em tecnologia disciplinar, mas de exumar as forças táticas e sub-reptícias que são assumidas pela criatividade bricoladora dos grupos e dos indivíduos presos agora nas redes de “vigilância”. (Certeau, 1998, p.41)

Também podemos pensar nas diversas maneiras pelas quais os usuários do CAPS subvertem e se apropriam de sua lógica de funcionamento por meio das propostas com as atividades artísticas, colocando de si na constituição dos espaços que compõem a instituição e na estruturação de seu cotidiano. Em termos de uma análise institucional, uma reconstrução, cuja eficácia é da ordem estético-existencial, passa menos por leis ou programas burocráticos, e mais pela promoção de práticas inovadoras, pela disseminação de experiências alternativas, centradas no respeito à singularidade e no trabalho permanente de produção da subjetividade, que vai ganhando autonomia ao mesmo tempo em que vai se articulando ao social (Guatarri, 2005).

Cotidiano institucional

O conceito de cotidiano, no senso comum, parece se confundir com a idéia de rotina, de fatos encadeados em continuidade, de campo da necessidade e da repetição, de área reservada ao consumo e à cultura dominante. Porém, para muitos pensadores contemporâneos, este conceito difere de rotina, pois sugere mudança, dissolução de culturas, possibilidades de novos modos de ser. O que aponta para um significado ligado ao desejo, ao espaço mesmo de uma possível revolução cultural, pois está sempre em processo de ser reinventado pelas práticas de resistência à hegemonia e estratégias de sobrevivência à margem da dominação, que implicam sociabilidades e articulações intersubjetivas, mais do que discursos entre indivíduos conscientes (Dias, 1998).

Tomamos por referência o que Heller (1972) nos coloca por vida cotidiana, compreendida como o centro do acontecer histórico e da vida do homem, porque dela participa com todos os aspectos de sua individualidade e personalidade. Ela é construída nas relações sociais e se apresenta como um mundo intersubjetivo, um universo cuja participação acontece com outros homens e que tem as atividades humanas como seus elementos estruturais. As atividades compõem uma rede estrutural do cotidiano e para que ele se processe é necessário uma certa dose de pragmatismo, generalização e imitação na forma como os comportamentos e condutas necessários à realização das atividades cotidianas são assimilados ou acionados. Realizamos as atividades no cotidiano de maneira automática, com pouca reflexão sobre as ações que se processam, e estabelecendo generalizações ou analogias de uma situação com outras para que possamos reagir ou decidir no cotidiano de maneira a manter o seu fluxo contínuo.

Porém, se características como pragmatismo, imitação, generalização se absolutizam no cotidiano, este se torna rotineiro e deixa de dar margem ao movimento, à forma singularizada de apreensão e desenvolvimento das atividades, e ocorre a alienação da vida cotidiana. Quando pensamos em um cotidiano que aponte para a saúde, ele deve se construir com base nas escolhas de cada sujeito e compartilhado numa rede de encontros capaz de absorver o que o sujeito puder expressar, a emergência do desejo e do sentido. Um cotidiano que se apresenta de maneira porosa ao aparecimento do inusitado, do estranho, às diversas formas de ser e de estar no mundo, às possibilidades de criação e de encontro do que é próprio com o que é compartilhado.

Falamos de saúde no sentido dado por Winnicott (1996), como a capacidade de o sujeito alcançar certa identificação com a sociedade sem perder muito de seus impulsos pessoais. Saúde em estreita ligação com a possibilidade de participação social e com a criatividade do sujeito num campo relacional.

Sentir que vive a própria vida, reconhecer-se nela e ser reconhecido. Estar no coletivo sem perder o que lhe é próprio.

No CAPS, o cotidiano pode se constituir por esta rede de encontros e trajetórias entrecruzadas que configuram uma ambiência. A ambiência é o caldo, o entorno que dá sustentação e consistência às experiências vividas pelos sujeitos e suas significações, e pode ser transformada com base em suas necessidades. É a ambiência que diferencia o cotidiano do CAPS, no qual a participação pode ser experimentada. A participação ganha um lugar reconhecido no ambiente e é ela própria que irá constituir este ambiente, diferenciando-o de uma rotina alienante de atividades isoladas e gradeadas. As escolhas das atividades e os significados dados a elas dão o tom desta diferença.

Nas instituições, este cotidiano tende a ser atravessado por procedimentos comprometidos com os saberes técnicos e desconectados da emergência do inusitado, do desejo, da criatividade ou das potencialidades pessoais.

Segundo Maximino (2006), as instituições são conjuntos de relações e é impossível escapar delas, pois elas organizam esforços coletivos e alcançam resultados que não conseguiríamos sozinhos. Geralmente, elas nascem flexíveis e atentas às necessidades de seus membros, porém, com o tempo, vão se burocratizando e se afastando de seus objetivos iniciais, muitas vezes gastando toda sua energia apenas na própria sobrevivência. Sob o jugo do discurso médico, jurídico ou pedagógico, calam-se as necessidades e recursos dos sujeitos e estes se tornam casos. Empobrece-se a vida e a possibilidade criativa tão própria do humano.

Nesta situação, se faz necessário um contínuo esforço das equipes no aparecimento e no resgate de cada um como pessoa e do humano na constituição desses ambientes. Onde cada ser único, com sua história, seu jeito de ser e de fazer possa emergir e evoluir, não no sentido darwiniano do menos para o mais evoluído, mas como tal faz a escola de samba na avenida. Evoluir no sentido de construir um trajeto próprio, personificado e reconhecido em sua passagem, deixando sua marca estética na ambiência, ganhando territórios para sua existência.

Pensamos que as ações em saúde mental que se voltam para a construção de ambientes facilitadores da construção da subjetividade e da cidadania devam se debruçar sobre o cotidiano institucional, em suas micro-estruturas relacionais, tal qual uma rede de múltiplas negociações (Saraceno, 1999). Esta, na medida em que é articulada e flexível, aumenta a participação e a contratualidade social dos sujeitos. Por meio desta rede, é possível construir os espaços necessários para a medida humana, o acontecer de si mesmo e para o compartilhar desse acontecimento.

Segundo Saraceno (1999), um dos eixos sobre os quais se constrói a capacidade contratual dos pacientes em saúde mental é o habitar. A qualidade de vida e o poder contratual são representados por quanto o **estar** em qualquer lugar se torna um **habitar** este lugar. O habitar remete a uma apropriação do espaço pelo indivíduo que demanda um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, e a sua divisão afetiva com os outros. O habitar se diferencia de estar, que remete a um anonimato do indivíduo em relação ao espaço que em nada reflete suas necessidades ou poder de decisão.

Apropriação do cotidiano e subjetivação dos espaços

A Oficina de Bricolagem, ao propor aos usuários intervir criativamente nessa ambiência por meio do fazer artístico, possibilitava que uma experiência estética permeasse a relação dos indivíduos com a instituição, seu cotidiano e com as formas de cuidado que ela propunha. E os permitia ressignificar e reconstruir a rede de atividades e relações que articulava o cotidiano de cada um e de todos ao mesmo tempo, habitando este território de maneira própria e significativa.

Histórias, desejos, idéias, imagens, formas sem sentido previamente associado surgiam e eram articulados numa composição conjunta. A estrutura, materialidade e o tempo necessário para a realização das atividades artísticas marcavam uma narrativa do acontecer histórico dos encontros de cada um consigo mesmo e com os outros.

Esta cotidianidade do fazer em grupo favorecia a apropriação deste fazer pelos usuários e, muitas vezes, esta mesma experiência proporcionava a articulação de outros fazeres entre si no cotidiano de

várias atividades. As atividades deixavam de ser entretenimento ou meras tarefas e passavam a resgatar o que nelas há de eminentemente humano: o sentido que fazem para quem as realiza.

As atividades artísticas, quando realizadas num ambiente facilitador, permitem a articulação deste fazer com os demais fazeres que compõem o cotidiano dos sujeitos, proporcionam a construção de novas redes de vinculação social, e rompem com representações culturais rígidas que discriminam e estigmatizam determinados fazeres e modos de ser, por divergirem de um padrão imposto. Isto gera interesse por novas possibilidades de atividades, vontade de instrumentalização técnica e expressão poética, ou seja, outros caminhos que não só a assistência pautada na doença (Castro, 2000).

Do pintar surgiu o desejo de ir a uma exposição de arte no grupo de passeio, e a partir dela se pensaram novas formas gestuais de realizar as pinceladas, de compor cores ou de dar expressão a figuras humanas. Do mosaico foi-se à marcenaria para montar uma estrutura que o sustentasse; da composição com palavras foi-se à biblioteca buscar livros de poesia concreta. Encontros e atividades foram sendo engendrados e passaram a dar sustentação à vivência dos sujeitos e ancorar as produções ao mundo de coisas produzidas pelos seres humanos. Ao transformar o cotidiano da instituição, esse processo modificava não só os usuários como também os membros da equipe, que participavam dos grupos com uma produção própria e reconheciam, na produção dos usuários, aspectos de sua história individual e sua potencialidade criativa.

Não é raro, nos grupos de terapia ocupacional, haver participação de pessoas da equipe instigadas pelo processo de realização das atividades. Normalmente, os profissionais resolvem dar opinião sobre a produção dos usuários ou dizer como as coisas devem ser feitas, mantendo uma relação de poder pautada no discurso técnico. Na oficina, isso é rompido no momento em que se legitima a produção diversa, e também é libertador para a equipe que é convidada a entrar em contato com sua própria produção e se deixar tocar pela produção dos usuários.

Auxiliares de enfermagem, a enfermeira e uma psiquiatra entraram no grupo e confeccionaram apliques de argila para o mosaico grupal. Mobilizados, continuaram a produção e fizeram dos apliques vários pingentes para colares que usaram e alguns que doaram como prenda para a festa junina. Um dos psiquiatras costumava entrar no grupo e opinar sobre a produção dos usuários, dizia o que gostava e o que não gostava, que cor achava que deveria ser usada ou o posicionamento de certos elementos nas composições. Num determinado dia, entrou no grupo e deu de encontro com o chão de terra pintado por um usuário que, durante uma sessão inteira de trabalho na mistura das cores, reproduziu a cor da terra da cidade em que nasceu. Ao se deparar com aquela figura de um lavrador num chão de terra vermelha, o psiquiatra exclamou que aquela era a cor da terra da sua infância e, então, o usuário e o psiquiatra passaram a trocar memórias e lembranças. Nesse momento, rompeu-se com a hierarquia mencionada e o contato humano-humano foi acionado por uma experiência estética compartilhada.

Numa operação bricoladora, usuários e técnicos se encontravam nos gestos e formas sensoriais criadas, num trabalho de articulação semântica de modos de ser e maneiras de fazer, que reconfigurava a geografia de práticas e criava outras representações em relação aos pacientes, suas capacidades criadoras e possibilidades de participação social. A composição artística e espacial instaurava uma mudança de lugar para todos. Estamos falando de um processo de ação e criação no mundo, no qual maneiras de fazer são formas ou campos de experimentação e operam a inscrição do humano no mundo. No processo de criação artística, o indivíduo cria formas imagéticas e sensoriais que veiculam sensações e visões de mundo. Quando estas sensações são atualizadas pela presença de um outro significativo permitem que a pessoa constitua aspectos do seu self, podendo então existir no mundo (Safra, 1999).

O contato com a materialidade das formas e a processualidade da criação artística intervém no espaço compartilhado com os outros, produz uma articulação semântica do inusitado, do estranho e do genuíno, transforma a rotina e os espaços já preestabelecidos e os ressignifica a partir da potência criativa.

Quem entra no CAPS de Guarulhos, depara-se com uma árvore povoada de figuras humanas; quem por seus corredores caminha, entra em contato com cenas de amor e outras de crítica, formas que lembram animais submarinos; quem lá se alimenta, convive com esqueletos e objetos cotidianos que adornam as cabeças no refeitório. "Onde pego a medicação? - É naquele balcão das plantas e das borboletas".

A oficina propunha que as experiências de criação dos sujeitos fossem topologicamente ancoradas à arquitetura da instituição e processualmente ancoradas ao seu fluxo contínuo cotidiano.

Segundo Kujawski (1988), o cotidiano inclui o indivíduo no plano da vida em comunidade e a sucessão contínua de seus acontecimentos funciona como uma gramática comunitária irrecusável, que preenchemos com nossa criatividade pessoal.

O cotidiano se constitui como uma processualidade que dá contorno a nossas experiências e, quando permanece em constante transformação, abre portas para que o sujeito transforme este trajeto. Essa continuidade instaura a vivência de processo para estes sujeitos cuja vida parecia estagnada numa sucessão de mesmos acontecimentos. A partir das experiências de criação em grupo, o que se vive já não é mais um mesmo, mas um mesmo transformado, por aquilo que se cria, um devir constante.

Em avaliação do processo de conclusão de um painel de pintura na oficina, os usuários manifestaram o interesse de permanecer em constante processo de trabalho. Ao finalizar o projeto, disseram que, após a redação de nossa dissertação, montaríamos o que denominaram de uma nova equipe de criação para fazer um outro projeto juntamente com novas pessoas. Também expuseram a necessidade de que esse trabalho ocorresse em outro espaço que não o CAPS, pois se tratava de um trabalho de cultura, tal qual eles haviam intitulado: "artecultural". Portanto, deveria ser compartilhado com um maior número de pessoas. Mostravam-se preocupados com a divulgação da produção e, também, da produção teórica sobre este processo na dissertação de mestrado.

Um dos usuários comparou o processo de realização das atividades em grupo com sua experiência de trabalho em empresas. "Dá vontade de continuar. Um trabalho puxa o outro e isso não pára nunca." (sic.). Obviamente, para ele, esse fluxo parou na medida em que adoeceu e, por muitos anos, ele não se reconhecia fazendo parte de um processo compartilhado novamente.

A erosão habitual da gramática do cotidiano torna impraticável a realização do projeto individual de vida, por falta de apoio nessa infra-estrutura social que é a articulação organizada do cotidiano (Kujawski, 1988).

É uma articulação semântica e topológica das experiências dos sujeitos que ancoram estes no mundo humano. As atividades cotidianas promovem esta ancoragem e sustentação, pois apesar e mesmo porque tantas situações ocorrem conosco, o cotidiano permanece como pano de fundo que nos dá contorno e direção. Ele é o todo dia que se repete e nos dá a sensação de continuidade da nossa existência. O rio por onde nossas experiências navegam.

Considerações finais

Pensamos que o processo de realização de atividades artísticas pelos usuários do serviço deve ser articulado ao contexto mais amplo no qual eles se inserem: o cotidiano da instituição que permite aquela experiência, o cotidiano do sujeitos e a cultura. E para que a articulação deste fazer com a cultura aconteça e possa pôr em marcha um prosseguir do sujeito, a instituição e a qualidade da porosidade de seu cotidiano têm papel fundamental. A instituição e a forma como organiza seu cotidiano podem funcionar como ponte para esse processo de articulação, desde que suporte e dê lugar para o genuíno da produção dos sujeitos e de suas maneiras de fazer. E permaneça como pano de fundo necessário para que essas experiências se desenrolem provocando diálogos com o fora.

Mas ainda assim, é necessário que a instituição permaneça enquanto morada, para que os usuários possam habitá-la, tê-la de fato como referência para a construção de projetos quando necessário, possibilitando um ponto de partida para a ancoragem em outros territórios, permitindo a continuidade da existência e o sentimento de pertença.

Atualmente, a compreensão da experiência da Oficina de Bricolagem se estende para a maneira como esta auxilia os seus participantes na organização semântica de suas experiências cotidianas e facilita o reconhecimento, por eles próprios, de que sua produção possa ganhar trânsito no fora e sentido para outros. Pois, para que a experiência de fato promova sentimento de filiação para indivíduos que, em muitos momentos, não se sentem participantes do gênero humano ou de uma cultura, entende-se que o trabalho não se esgota na criação contínua de novos modos de ser, estes devem ganhar significação coletiva, para que, articulados a uma rede de sustentação, possam criar novos territórios de existência, afirmando as diferenças que surgem (Lima, 1997).

Nesse trabalho, é possível perceber que esta significação coletiva já é engendrada na instituição pelo fato de que a oficina, em sua abertura para os processos de criação individuais e para as formas da cultura que com eles dialogam, engendra a semente da criação também na equipe. Em muitas sessões, era possível ver técnicos instigados pelo que se realiza na oficina, entrando e fazendo trabalhos próprios. Se aquilo que se faz na oficina é "artecultural", como dizem os participantes, é algo que provoca mudança em todos e, nesse momento, a hierarquia entre técnicos e pacientes, comum nos serviços de saúde, é rompida. É importante que todos criem, técnicos e usuários, dêem forma para o que é genuíno em si, construam espaço para a diversidade.

Segundo Guatarri (2005), é no conjunto de frentes emaranhadas e heterogêneas que deverão articular-se as novas práticas ecológicas, cujo objetivo é o de tornar processualmente ativas singularidades isoladas, girando em torno de si mesmas. Engajadas num processo de heterogênesse, deve-se deixar se desenvolverem as culturas particulares, inventando-se, ao mesmo tempo, outros contatos de cidadania.

Referências

- CASTRO, E.D. Arte, corpo e terapia ocupacional: aproximações, intersecções e desdobramentos. **Rev. Ter. Ocup.**, v.11, n.1, p.7-12, 2000.
- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes do fazer**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.
- DIAS, M.O.S. Hermenêutica do cotidiano na historiografia contemporânea. **Rev. Projet. História São Paulo**, n.17, p.223-58, 1998.
- GUATARRI, F. **As três ecologias**. São Paulo: Papyrus, 2005.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.
- KUJAWSKI, G.M. **A crise do século XX**. São Paulo: Ática, 1988.
- LIMA, E.F. A terapia ocupacional: um território de fronteira? **Rev. Ter. Ocup.**, v.8, n.2/3, p.98-101, 1997.
- MAXIMINO, V.S. Rotinas e cotidianos. **J. Inf. On-line**, 2006. Disponível em: <<http://www.scamilo.edu.br>>. Acesso em: 30 ago. 2006.
- MEYER, J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.71-86.
- SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 1999.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/ TeCorá, 1999.
- SENNETT, R. **Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MECCA, R.C.; CASTRO, E.D. Experiencia estética y cotidiano institucional: nuevos mapas para tornar subjetivos los espacios destinados a la salud mental. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.377-86, abr./jun. 2008.

Se discute el uso de las actividades artísticas como promotoras de prácticas de cuidados en salud mental, vinculadas a la organización del cotidiano y del espacio institucional en servicios substitutivos como los Centros de Atención Psico-social. Se discurre sobre la importancia de la porosidad de dicho cotidiano para la acogida de la creación de los usuarios, su articulación con las demás actividades que forman la estructura del cotidiano y habitar los espacios institucionales. Se defiende la necesidad de que el espacio institucional refleje el estilo de ser y las necesidades de las personas que allí se tratan y de que la institución funcione como telón de fondo para la articulación semántica de las experiencias de los sujetos y sus posibles diálogos con la cultura.

Palabras clave: Terapia ocupacional. Institucionalización. Salud mental. Cultura. Actividades cotidianas.

Recebido em 23/01/07. Aprovado em 28/11/07.

Adolescência:

ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari¹

Zuleika Thomson²

Regina Melchior³

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescence: actions and perceptions of doctors and nurses within the Family Healthcare Program. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.387-400, abr./jun. 2008.

Among the many activities that family healthcare doctors and nurses carry out, the present study had the aims of characterizing the programmed, preventive and interventional actions relating to adolescents and analyzing professionals' perceptions regarding the care practices for this age group, through quantitative-qualitative analysis. The results showed that nurses carry out programmed actions such as prenatal appointments, uterine cancer prevention and family planning more often than doctors do. Doctors state that their actions are accomplished during their appointments. Both nurses and doctors say that they provide guidance regarding pregnancy prevention, STD/Aids and condom use. Almost all nurses and just over 50% of doctors carry out interventional actions. There is a consensus regarding the need to implement a systematized service and for the municipality to capacitate all professionals, restructure the material and human resources, introduce other professionals and integrate the actions with services other than healthcare.

Key words: Adolescent. Family Health Program. Primary prevention. Primary health care.

Entre as diversas atividades desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da Saúde da Família, a presente pesquisa teve como objetivo caracterizar as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes e analisar a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção a este grupo etário, por meio da análise quanti-qualitativa. Os resultados demonstraram que os enfermeiros realizam as ações programáticas - pré-natal, preventivo do câncer uterino e planejamento familiar - com maior frequência do que os médicos. Os médicos referem que seus atendimentos se esgotam na consulta. Ambos profissionais afirmam orientar a prevenção da gravidez, DST/aids e uso do preservativo. Quase a totalidade dos enfermeiros e pouco mais de 50% dos médicos fazem ações de intervenção. Há consenso quanto à necessidade da implantação de um serviço sistematizado e que o município precisará capacitar todos os profissionais, reestruturar os recursos materiais e humanos, inserir outros profissionais e integrar as ações com serviços, além do da saúde.

Palavras-chave: Adolescente. Programa Saúde da Família. Prevenção. Atenção primária à saúde.

¹ Enfermeira. Departamento de Enfermagem, Área Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Av. Robert Koch, 60 Vila Operária - 1º andar Londrina, PR 86.038-440 ropimentaferrari@uel.br

² Médica. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, UEL.

³ Enfermeira. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, UEL.

Introdução

No final da década de 1980 e início dos anos 90, o adolescente teve seu reconhecimento como foco de estudo, na sociedade da América Latina e Caribe, no campo da Saúde Pública. Desde então, os direitos e as situações vividas pelos adolescentes resultam, possivelmente, das condições socioeconômicas e das vantagens e desvantagens associadas à classe social, ao gênero e à etnicidade prevalentes na sociedade contemporânea (Cannon, Bottini, 1998).

São essas condições que podem reduzir a possibilidade do acesso equânime dos adolescentes aos serviços, tornando-os mais vulneráveis, dentre os outros grupos etários.

Segundo Alves (1994), o termo vulnerabilidade designa o estado em que se encontram os grupos de indivíduos fragilizados, jurídica e politicamente, quanto à promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Neste sentido, o adolescente é considerado vulnerável por ser "um grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades e de papéis sociais" (Ayres, França Jr., 1996, p.68).

No entanto, Cannon e Bottini (1998) apontam que, na nossa sociedade, este grupo etário é tratado de forma ambígua, ora como criança, ora como adulto. Ele é capaz de tomar algumas decisões sobre o futuro, todavia deve ser protegido da exploração e do abuso. Recebe informações para saber tomar a decisão correta e comportar-se com prudência nas atitudes concernentes ao bem-estar e à carreira profissional. Logo, é parcialmente independente e dependente, e a aquisição dos direitos adultos ocorre na escala cronológica, muito mais do que pelo seu desenvolvimento físico, mental e social.

Esta ambigüidade de tratamento pode fazer com que os adolescentes demonstrem

sentimento de invulnerabilidade e, ao mesmo tempo dificuldade de prever as reais conseqüências de seus atos, por acharem que gravidez não planejada, uso de substâncias químicas e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis - DST e Aids etc. 'não irão acontecer com eles'. A ocorrência não admitida da possibilidade de danos à própria saúde potencializa-se à medida que não há ações preventivas. (Jeolás, Ferrari, 2003, p.617)

Ao reconhecer-se o adolescente como vulnerável, sobretudo no que diz respeito à não-adoção das práticas seguras relacionadas à sexualidade, passa-se a priorizar ações programáticas voltadas para esse segmento populacional.

Desde o final da década de 1980, há iniciativas para se instituírem programas de atenção à saúde do adolescente, como o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD (Brasil, 1989), e estabelecer seus direitos por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1991). Mas, até então, as políticas públicas para este grupo etário continuam fragmentadas e desarticuladas, mesmo existindo inúmeras iniciativas, tanto governamentais como de grupos organizados da sociedade, o que não tem representado significativamente um trabalho intersetorial para a integralidade da atenção a este grupo etário (Rua, 1998).

Na atualidade, a Estratégia da Saúde da Família – ESF, considerada um novo modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, pode redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde.

O profissional de saúde que atua na atenção básica no seu campo de abrangência pode estar mais capacitado para apreensão do quadro de vulnerabilidades locais, inclusive compreender a

[...] dimensão do concreto da vida do adolescente no processo saúde-doença, subsidiando a prática educativa de alcance coletivo em educação, em saúde e dando conta das várias formas de relação dos adolescentes nas esferas da vida nas cidades, da cultura, do trabalho, da instituição educacional, das relações familiares, da sexualidade, do lazer e da Constituição Brasileira. (Peres, Rosenberg, 1998, p. 83)

Neste cenário, o presente estudo teve como objetivo caracterizar as ações programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da Saúde da Família, e analisar a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção à saúde para este grupo etário.

Metodologia

Trata-se de uma investigação descritiva qualitativa e quantitativa, realizada com médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família do município de Londrina, Paraná, Brasil, no período de agosto a outubro de 2003.

Das 51 Unidades Básicas de Saúde - UBS, cinquenta possuem equipes da Saúde da Família, totalizando 94 equipes, das quais nove na zona rural e 85 na zona urbana. Cada equipe é composta por nove profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

O instrumento de pesquisa contou com questões fechadas de múltipla escolha, que foram analisadas por meio do programa Epi-Info 6.04d (Dean et al., 1995), e uma questão aberta utilizando-se a Análise de Conteúdo, mais especificamente Análise Temática.

Para Bardin (2002, p.105), "o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura". Minayo considera que uma análise temática "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (Minayo, 2001, p. 210).

Para proceder à análise temática, foi organizado e estruturado o conteúdo da questão aberta seguindo as fases seqüenciais propostas por Minayo (2001): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina - UEL, parecer CEP 176/02, em 11 de dezembro de 2001.

Discussão dos resultados

Dos 188 profissionais (94 médicos e 94 enfermeiros), 171 participaram da pesquisa, sendo 87,2% (82) médicos e 94,7% (89) enfermeiros. Desses, 47 profissionais preencheram a questão aberta do instrumento de pesquisa, que permitiu a realização da análise qualitativa, resultando a categorização de cinco temas extraídos da análise das respostas, a seguir apresentados em três subtópicos quanti-qualitativos.

Caracterização do atendimento & serviços de saúde para adolescentes: pouca oferta ou baixa procura?

Cerca de 97% dos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família referem que, no serviço de atenção básica de saúde do município, não existe um programa específico para os adolescentes, mas precisam atender outros programas municipal e ministerial.

Quanto ao atendimento do adolescente no serviço, alguns dos registros dos médicos e enfermeiros, submetidos à análise qualitativa, referem-se às ações prestadas a este grupo etário, mas não de forma sistematizada, pois seus atendimentos se esgotam no imediatismo da demanda do serviço: "O atendimento a adolescentes é feito em conjunto à população em geral, dentro da UBS, sem um programa específico" (médico 9); "Não temos programa específico para adolescentes na unidade de saúde, mas procuramos atendê-los da melhor maneira possível com os programas já existentes" (enfermeiro 2).

O atendimento da demanda também esteve presente no estudo qualitativo de Matias (2003) com os médicos das equipes da Saúde da Família de Londrina, no qual referem haver sobrecarga de trabalho para atender a demanda e ser necessário rever esta rotina no serviço de saúde: "[...] precisa ter

atendimento clínico, só que há de estabelecer uma maneira de você não exaurir a capacidade dos profissionais num atendimento, numa demanda".

Ainda com relação à demanda, estudo de Pedrosa e Teles (2001) com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde - ACS das equipes da Saúde da Família, em Teresina/PI, demonstrou que as maiores dificuldades encontradas por eles, foram: o sistema de referência e contra-referência; o aumento da demanda pela chegada de novas famílias; a dificuldade em organizar a demanda do cotidiano da comunidade, que, além das doenças, convivia com violência, drogas, prostituição, problemas para cuja solução os profissionais sentiam-se incapacitados; e, finalmente, a gerência das unidades que representava acúmulo de trabalho.

No serviço de atenção básica do município, os profissionais deste estudo também referem que, dentre a demanda das unidades, priorizam outros programas ministeriais, ao passo que o de atendimento à adolescência está sendo adiado, embora reconheçam a urgência em realizá-lo. Alguns discursos dos profissionais apontam para esta realidade: "[...] estamos trabalhando primeiro com hipertensos e diabéticos da área, depois deste cadastramento e acompanhamento é que vamos partir para um trabalho mais voltado em escolas" (médico 3); "Infelizmente a equipe de Saúde da Família, ainda não se atentou com devida importância às demais áreas além daquelas priorizadas pelas diretrizes do SUS" (enfermeiro 19); "[...] além dos grupos de hipertensos, visitas dos acamados, a demanda pediátrica é extremamente grande neste serviço, e não consegui ainda organizar o trabalho com adolescentes" (médico 7).

No município, os adolescentes são atendidos de acordo com a procura do serviço. O pediatra atende até os 12 anos de idade, salvo os casos ginecológicos e obstétricos, e, a partir dos 12 anos, são atendidos pelo clínico geral e outras especialidades.

A faixa etária atendida com maior frequência pelos médicos e enfermeiros é dos 14 aos 16 anos de idade, aproximadamente 50%, e dos 17 aos 19 anos mais de 30%, mas mais de 10% dos profissionais referem não saber qual a faixa etária que atendiam com maior frequência.

Com relação ao sexo, os profissionais revelam que a maior procura pelo serviço é do sexo feminino, ao passo que os garotos dificilmente buscam atendimento: "O nº de meninas adolescentes em procura de exames laboratoriais para confirmar gestação tem aumentado... E é uma grande preocupação, pois quando você vai abordar essas meninas é claro sua imaturidade física e emocional, já adolescentes meninos a procura é baixa, mais um ponto para reflexão" (enfermeiro 30).

Quanto à frequência do atendimento, a grande maioria dos médicos (80,5%) e pouco mais da metade dos enfermeiros (51,7%) atendem o adolescente diariamente ou quase todos os dias.

O fato de os médicos atenderem os adolescentes com maior frequência do que os enfermeiros pode estar relacionado com a demanda diária das especialidades, como: pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pois, quando o adolescente procura atendimento no serviço de saúde, geralmente o faz para consulta médica.

Quanto ao motivo da procura dos adolescentes por atendimento médico, mais de 60% dos médicos afirmam que eles os procuram para tratamento de doenças, e cerca de 40% por doenças e gravidez.

Tais resultados não diferem dos resultados da pesquisa de Pinheiro et al. (2002), para identificar o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população brasileira, e de Formigli, Costa e Porto (2000) sobre o programa de atendimento aos adolescentes em Emaús, Belém-Pará, que mostram que o grupo de adolescentes era o que menos procurava o serviço de saúde - e, quando o procura, geralmente é primeiramente por doença, seguido por gravidez e problemas odontológicos.

Parece que o motivo da procura do adolescente pelo serviço de saúde não tem sido além dos problemas clínicos. Mesmo que o serviço ofereça atividades de prevenção ou de promoção à saúde, alguns dos discursos dos profissionais deste estudo referem que geralmente eles não comparecem, e que ganhar a confiança do adolescente não é uma tarefa fácil: "[...] devido a pouca procura espontânea tendemos a procrastinar as ações" (enfermeiro 3); "Não desenvolvo um programa específico para adolescente por não ter e pela baixa procura dessa faixa de idade ao posto [...]" (médico 6); "[...] a adesão dos adolescentes é pequena, pode ser por falta de experiência nossa" (enfermeiro 6).

Quanto à participação dos jovens em atividades oferecidas no serviço de saúde, os resultados da pesquisa de Jeolás e Ferrari (2003), sobre a opinião dos adolescentes em relação às atividades desenvolvidas, em forma de oficinas, no ambulatório de atendimento específico a este grupo etário, do

município de Londrina, demonstram que eles consideram um local propício para falar de assuntos dificilmente tratados em outros espaços institucionais. Este espaço também foi considerado por eles como local de prazer, de compartilhamento e aprendizado.

Para Ayres e França Jr., ainda que se proporcione um espaço para este grupo etário, é necessário:

[...] evitar intervalos muito grandes entre o primeiro contato com o serviço e a atividade agendada. Pois um programa para adolescente precisa possuir um agendamento ágil e razoavelmente diversificado. Seus carecimentos lhes parecem sempre urgentes, seus prazos são sempre... agora. Quanto maior for o intervalo entre a captação e a atividade programática, menor serão as chances de efetivação. (Ayres, França Jr., 1996, p.76)

Segundo Abduch (1999) e Ruzany et al. (2002), os profissionais que operam com adolescentes referem-se às dificuldades encontradas no agendamento de atividades, o que lhes causa frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois os esforços parecem ser em vão. Na verdade, o adolescente:

[...] ainda experimenta integrar a dimensão cronológica de tempo com as nossas práticas [...] tornando-se num processo de aprendizagem [...] exigindo da equipe um alto grau de plasticidade, criatividade e autoridade para que aproveite suas presenças ao máximo, pois não tem a garantia do próximo encontro e da continuidade deste processo. (Abduch, 1999, p. 297)

Para a adesão do adolescente ao espaço que lhe é oferecido, é necessário permitir que ele seja ouvido, possa expor suas idéias, sentimentos e experiências e, que, também seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer nada pronto e, talvez, ele ainda não tenha encontrado este espaço no serviço de saúde (Jeolás, Ferrari, 2003).

Na realidade, quando os profissionais ganham a confiança dos adolescentes, eles se tornam ouvintes e interlocutores, mas, antes mesmo que aconteça esta interação, é necessário que se efetive uma política pública para ampliar o acesso do adolescente aos serviços de saúde, para criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes, que sintam prazer em discutir temas dificilmente abordados no cotidiano. O objetivo desse trabalho vai muito além das preocupações higienistas e epidemiológicas (Jeolás, Ferrari, 2003, p.619).

Atividades desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros & ações de atenção à saúde do adolescente

Com relação às ações programáticas realizadas pelos médicos, pode-se verificar, na Tabela 1, que pouco mais de 20% são no pré-natal e preventivo do câncer uterino, e cerca de 32% no planejamento familiar. Quanto às ações de prevenção, aproximadamente 60% afirmaram realizar orientações sobre DST/Aids e o uso do preservativo, e, pouco mais da metade, sobre gravidez.

Quanto às ações de prevenção, alguns dos discursos dos médicos referem que, dentre as iniciativas preventivas da equipe, a consulta é um momento oportuno para orientar o adolescente, mesmo que o atenda somente pela procura e a demanda do serviço: "O meu atendimento é feito de acordo com a demanda espontânea. A consulta médica é uma oportunidade de abordar a prevenção primária [...]" (médico 4); "[...] procuro orientá-los durante as consultas sobre a importância de se usar preservativos para evitar a gestação e doenças sexualmente transmissíveis além de recomendar as vacinações" (médico 18); "A prevenção em minha USF é realizada de uma forma individualizada. Existem algumas tentativas por parte da equipe, principalmente dentro da escola, de se organizarem palestras e outras formas de discussão [...]" (médico 16).

A Tabela 2 mostra que, diferentemente dos médicos, cerca de 70% dos enfermeiros atendem os adolescentes no planejamento familiar, e mais de 70% no pré-natal e preventivo do câncer uterino. Quanto às ações preventivas, mais de 80% referem orientar sobre o uso do preservativo, e cerca de 70% sobre gravidez e DST/Aids.

Pode-se observar que a diferença do atendimento aos adolescentes, entre as categoriais profissionais, é inerente ao processo de trabalho nas unidades do município, pois mesmo que o médico faça parte da equipe da Saúde da Família, ele cumpre com os números de consultas diárias individuais, preconizados pelo serviço, ao passo que a enfermagem, em suas atividades assistenciais, desenvolve atendimentos grupais no pré-natal e planejamento familiar, consultas puerperais e puericultura, e, também, realiza as campanhas de coleta do preventivo de câncer, vacinação e outros (Londrina, 2006, 2006a).

Além das ações programáticas e preventivas na unidade de saúde, alguns dos discursos dos enfermeiros referem que a equipe tem realizado atividades com os adolescentes na comunidade e na escola: "Há um mês estamos trabalhando junto à ação social e o conselho tutelar na prevenção de violência intrafamiliar e na promoção de atividades de lazer e educação junto a esta população adolescente" (enfermeiro 4); "Estamos montando um grupo de educação sexual na adolescência e prevenção da DST/Aids" (enfermeiro 13); "Estamos fazendo trabalho na escola, pois achamos que atingimos melhores resultados com os adolescentes" (enfermeiro 18).

Com relação às atividades de intervenção, pode-se observar, nas Tabela 1 e 2, que pouco mais de 50% dos médicos e quase a totalidade dos enfermeiros indica e/ou aplica a vacinação para os adolescentes.

Tabela 1. Distribuição dos médicos das equipes da Saúde da Família, segundo as atividades desenvolvidas no atendimento aos adolescentes, Londrina, 2003.

Atividades desenvolvidas	Realizavam		Não realizavam		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações Programáticas						
Planejamento familiar	26	31,7	56	68,3	82	100,0
Pré-natal	18	22,0	64	78,0	82	100,0
Preventivo ca uterino	20	24,4	62	75,6	82	100,0
Ações Preventivas						
DST e Aids	50	61,0	32	39,0	82	100,0
Gravidez	44	53,6	38	46,3	82	100,0 *
Uso do preservativo	49	59,8	33	40,2	82	100,0
Intervenções						
Vacinação: indicação e/ou aplicação	45	54,9	37	45,1	82	100,0
Curativos: indicação e/ou aplicação	21	25,6	61	74,4	82	100,0

* Aproximado para 100%

Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros das equipes da Saúde da Família, segundo as atividades desenvolvidas no atendimento aos adolescentes, Londrina, 2003.

Atividades desenvolvidas	Realizavam		Não realizavam		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações Programáticas						
Planejamento familiar	77	86,5	12	13,5	89	100,0
Pré-natal	68	76,4	21	23,6	89	100,0
Preventivo ca uterino	66	74,1	23	25,8	89	100,0
Ações Preventivas						
DST e Aids	62	69,7	27	30,3	89	100,0
Gravidez	63	70,8	26	29,2	89	100,0 *
Uso do preservativo	73	82,0	16	18,0	89	100,0
Intervenções						
Vacinação: indicação e/ou aplicação	86	96,6	3	3,4	89	100,0
Curativos: indicação e/ou aplicação	79	88,8	10	11,2	89	100,0

* Aproximado para 100%

Evidencia-se que a maior atuação dos enfermeiros em procedimentos é proveniente da própria rotina de trabalho da enfermagem, pois trata de atendimentos inerentes à sua função.

Quanto ao pré-natal, a pouca participação dos médicos, deste estudo, pode ser devida ao fato de que a maior parte dos especialistas em ginecologia e obstetrícia não esteja vinculada à Estratégia da Saúde da Família - ESF e, conseqüentemente, esse procedimento seja realizado dentro da rotina de especialidades do serviço.

Pesquisas para identificar os fatores associados à inadequação do uso de assistência pré-natal em comunidade urbana, nas maternidades do Município de São Luís/MA (Coimbra et al., 2003), e analisar a situação da atenção ao pré-natal oferecida pela equipe da Saúde da Família, em quatro microrregiões de saúde de Baturité, Ceará (Moura, Holanda Jr., Rodrigues, 2003), apontam que, em geral, apesar de a cobertura da ESF ser de quase 100%, a mulher adolescente ainda pertencia a um segmento populacional com deficiente uso da assistência pré-natal.

Quanto às ações programáticas (planejamento familiar, pré-natal e câncer ginecológico) e preventivas (DST/Aids, gravidez e uso do preservativo), Costa Neto (2000) refere que tanto os médicos como os enfermeiros têm competência e habilidade para desenvolvê-las, tanto por intermédio de consultas na unidade, como em reuniões com grupos e em visitas domiciliares. Indiferentemente do local para desenvolver estas atividades, deve-se levar em consideração que, em meio à demanda da unidade, este constitui-se num espaço educativo muito rico e, ao mesmo tempo, muito curto. O profissional tem de estar preparado para bem aproveitá-lo. Na prática, parece que aproveitar este espaço não tem sido uma tarefa tão fácil, ainda mais com enfoque na prevenção, é o que refere um dos discursos dos profissionais: “[...] Lidar com as questões que envolvem os adolescentes é um grande desafio para os profissionais de saúde hoje” (enfermeiro 22).

Neste estudo, pode-se observar que grande parte dos médicos e enfermeiros afirma realizar a prevenção das DST/Aids, gravidez e orientação do uso do preservativo. Entretanto, ainda há que se avaliar a efetividade das ações realizadas por estes profissionais.

A efetividade parece ser uma das metas das equipes de saúde, mas foge da governabilidade das ações, como a gravidez na adolescência; e alguns dos discursos dos profissionais deste estudo apontam para o crescente aumento nas áreas de abrangência, mas ainda as intervenções preventivas têm sido insuficientes, pois o acesso deste grupo etário se limita na procura espontânea, e quando a faz, geralmente a adolescente está grávida: “[...] em nossa área de abrangência as adolescentes têm iniciado vida sexual, digo é grande o nº de adolescentes, e o nº de gravidez nessa faixa etária é significativa” (enfermeiro 12); “Temos um aumento no nº de meninas que vem engravidando, e ainda não conseguimos elaborar uma estratégia na busca de acabar com esse problema” (enfermeiro 15); “Na verdade a procura da UBS pelo adolescente ainda é pouco, e em nosso distrito estamos com alto índice de gravidez na adolescência [...]” (enfermeiro 21).

Ainda que a gravidez na adolescência aparentemente não esteja sob a governabilidade do serviço, alguns discursos sugerem a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas, e que a abordagem deverá ir além dos modelos tradicionais, para, então, mudar o cenário atual dos índices de gravidez e da transmissão das DST/Aids: “[...] Quanto à saúde poderia haver um maior incentivo à prevenção de gestação indesejada e DST” (médico 5); “O enfoque a ser dado na prevenção de DST para adolescente e prevenção de gravidez precoce não deveria ser apenas o uso de anticoncepcionais, preservativos, assim como a campanha para diminuir o abuso de drogas e a transmissão de doenças não se baseia apenas na distribuição de seringas descartáveis. É necessário uma orientação da sexualidade no sentido total e não apenas genital. Paulatinamente com um trabalho também com a família (apesar da realidade complicada de alguns lugares) [...]” (médico 10); “A educação é a principal forma de prevenção de gravidez precoce e DST, necessitando uma melhor orientação dos professores para que possam abordar o tema da sexualidade de forma natural e instrutiva [...]” (médico 14).

A qualidade do desenvolvimento das ações de prevenção no serviço de atenção básica é tema de estudo entre vários pesquisadores; e os resultados não têm sido positivos, visto que ainda é crescente, entre os adolescentes, a menor idade da iniciação sexual, a gravidez, o aborto, as DST e a Aids (Paiva et al., 2003; Brasil, 2002; Huertas, 2001; Camacho Hubner, 2000; Santos, Santos, 1999; Alan Guttmacher Institute, 1998; Ayres, Calazans, França Jr., 1998).

A pesquisa de Torres (2000) para identificar a efetividade das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no programa de DST/Aids, nas UBS do Município de Natal/RN, conclui que mais de 90% dos enfermeiros desenvolviam ações de prevenção quanto ao uso do preservativo; entretanto, as orientações individuais eram feitas esporadicamente e exclusivamente para a demanda espontânea, ou seja, não existia programação específica com metas, objetivos e estratégias preventivas. E o estudo de Moura e Sousa (2002), para levantar as causas da baixa oferta de ações educativas em saúde reprodutiva, realizado pelas equipes da Saúde da Família, nas UBS da sede dos oito Municípios da microrregião de Baturité, no Estado do Ceará, demonstrou que as atividades em educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais eram verticalizadas, com temas predefinidos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela; que a orientação era individual, oferecida por ocasião das consultas, restringia-se ao simples repasse de informações, levando à conclusão de que esta prática é proveniente da falta de conhecimento e habilidade dos profissionais quanto à realização adequada dessas atividades.

Segundo Paiva (1994), a baixa eficácia de muitas ações preventivas nos serviços de saúde se deve a erros já globalmente identificados em muitos países de terceiro mundo, referentes às decisões sobre políticas públicas de prevenção que não têm levado em conta a cultura sexual, especialmente o contexto social e cultural em que as decisões sobre sexo são tomadas, não indo muito além das informações genéricas sobre gravidez, DST e Aids.

Enquanto as ações de promoção e de prevenção continuam aquém do desejado, mesmo com as mudanças das políticas de saúde e das práticas profissionais nos serviços de atenção básica de saúde, pesquisas demonstram que um dos maiores desafios dos serviços de saúde não só no Brasil, mas também em todo o mundo, é manter o uso consistente do preservativo entre os adolescentes, que, anualmente, têm iniciado precocemente vida sexual e sem proteção, com significativa relação entre a maior fecundidade e a baixa escolaridade e, conseqüentemente, reduzir os índices da gravidez não planejada, das DST e da Aids (Brasil, 2004; Paiva et al., 2003; Simões et al., 2003; Gama, Szwarcwald, Leal, 2002; Lunardelli, 2002; Camacho Hubner, 2000; Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1999; Ferraz, Ferreira, 1998).

No município de Londrina, a média da iniciação sexual é de 14,2 anos para os meninos e 15,1 para as meninas (Oliveira, 2002), e nos países da América Latina e Caribe, de 15,7 anos para homens e 17,0 anos para mulheres (Huertas, 2001).

Se há precocidade da iniciação sexual, o adolescente é mais propenso a dispensar o preservativo, pela restrição do acesso ou por não ser capaz de convencer o parceiro ou parceira da necessidade do seu uso, especialmente o grupo feminino, tornando-se o mais vulnerável, entre outras causas. A relação sexual sem o preservativo, na presença de uma DST, aumenta o risco de transmissão da Aids de três a cinco vezes (Brasil, 2003, 2002). Anualmente, um entre vinte adolescentes contrai algum tipo de DST e, diariamente, mais de sete mil jovens – cinco por minuto – são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que dez milhões de adolescentes vivam hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a Aids no período dos próximos três a 15 anos. Aproximadamente 80% das transmissões do HIV ocorrem por sexo desprotegido (Brasil, 2002).

Esta realidade reafirma a necessidade da efetivação de uma política pública para ampliar o acesso dos adolescentes ao serviço de saúde, e da mudança urgente das práticas dos profissionais da Saúde da Família, pois os modelos tradicionais da atenção médica e de saúde pública são fragmentados e desintegrados e não responderão às necessidades dos adolescentes; ao passo que o modelo de atenção sob a ESF, que consta na Constituição Federal, nas Constituições e Leis Orgânicas Municipais e na Legislação do SUS, destina-se a cumprir os princípios da integralidade, priorizando as ações preventivas e promocionais, a universalização da assistência nos níveis de atenção da promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

Estas ações, embasadas pelas noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, reorientando o planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, gerará a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção da ocorrência da gravidez não planejada, das DST e da Aids.

Adolescência - necessidades & complexidades para implantação de um programa

Na Figura 1, evidencia-se que mais de 80% dos profissionais consideram ser prioritário atender o adolescente no serviço de saúde, no entanto apenas 32,5% dos médicos e 41,2% dos enfermeiros referem desenvolver ações de atenção à saúde do adolescente.

Mesmo que os profissionais afirmem que não há um programa específico de atendimento a este grupo etário no serviço de saúde, alguns dos discursos dos profissionais evidenciam a predisposição e necessidade de se implantar um programa de atenção à saúde do adolescente no serviço: "Quanto às ações à saúde do adolescente, é prioritário, de suma importância, necessário e urgente [...] (enfermeiro 2); "Acredito que deveria ter um programa mais específico para o atendimento aos adolescentes nas UBS [...]" (médico 19); "Acho que a Autarquia Municipal de Saúde precisa implantar um programa de atenção ao adolescente [...]" (enfermeiro 7).

Quanto à viabilidade da implantação de um programa para adolescentes na unidade de saúde, outros discursos apontam para a dificuldade em abordá-los, pela escassa capacitação no serviço, barreiras estruturais e familiares, entre outros: "[...] nas UBS há muito pouco desenvolvimento, pois quase não temos embasamento quanto a este programa [...]" (enfermeiro 2); "[...] estamos encontrando dificuldades na abordagem dos adolescentes, aceitação dos pais em relação a alguns assuntos, principalmente sobre sexo" (enfermeiro 21).

Antes da execução de um programa para este grupo populacional no serviço de saúde, alguns dos discursos dos médicos e enfermeiros apontam para a necessidade de formação/capacitação sobre a temática, pois no serviço há treinamentos periódicos, mas nenhum em adolescência: "[...] não temos um treinamento maior para atender a essa população" (médico 4); "[...] Gostaria de ter qualificação melhor para atendê-los, saber como abordar os assuntos que fazem parte dessa fase" (enfermeiro 5); "[...] Os funcionários devem ser treinados para trabalhar neste programa" (enfermeiro 7); "Como nós médicos e enfermeiros do PSF de Londrina recebemos periodicamente treinamentos, através do programa de educação continuada da prefeitura, e ainda não tivemos nenhum tipo de treinamento em relação a adolescentes, a minha sugestão é que esse tema possa ser abordado futuramente" (médico 11).

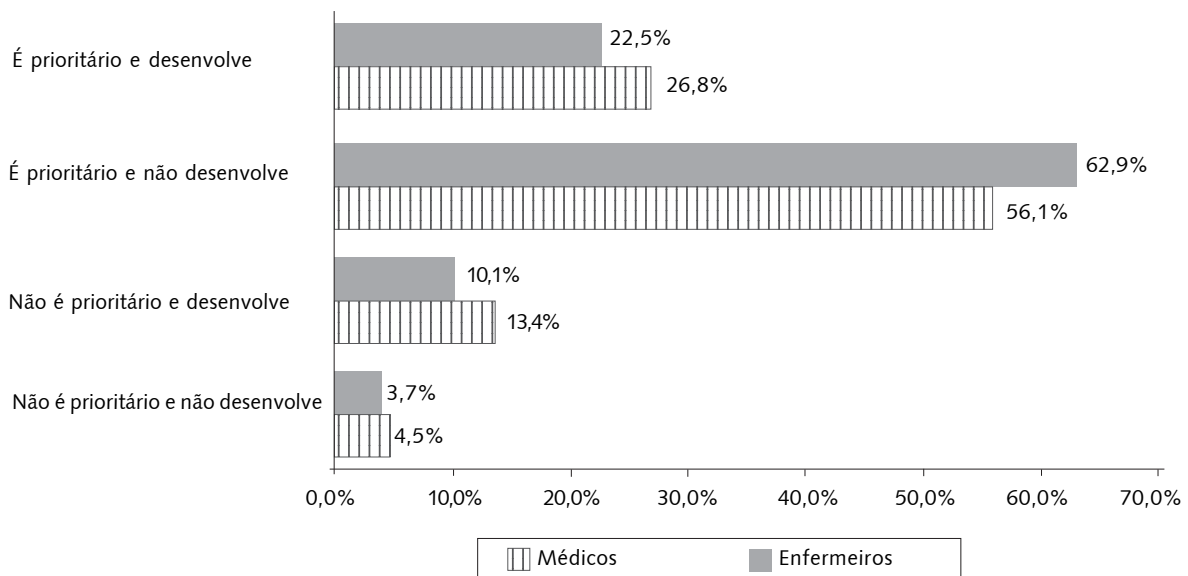


Figura 1. Distribuição dos médicos e dos enfermeiros das equipes da Saúde da Família, segundo a opinião sobre a prioridade do atendimento ao adolescente no serviço de saúde, Londrina, 2003.

Para desenvolver atividades num programa para adolescente, exige-se um enfoque mais amplo, não apenas nos aspectos técnico e biológico, mas também nos aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais, políticos, nos valores e comportamentos - e nem sempre os profissionais se sentem aptos para atuar nesta complexidade de saberes.

Segundo Aguiar, Bock e Ozella (2001, p.171), "é preciso superar visões naturalizantes e entender a adolescência como constituída socialmente a partir das necessidades sociais e econômicas dos grupos sociais e olhar e compreender suas características como características que vão se constituindo no processo".

A partir deste processo, a adolescência concebida historicamente "determinará as ações pessoais, políticas, sociais, profissionais em relação a ela" (Ozela et al., 2003, p.9).

Sendo assim, nesta proposta de programa, o domínio clínico não prevalecerá, mas por meio do modelo de atenção integral, sob a ESF, poderá viabilizar outras possibilidades de atenção à saúde, pois, para discutir prevenção e sexo seguro, é necessário falar sobre os aspectos que permeiam a sexualidade humana na nossa sociedade.

Esta abordagem não possui caráter ou modelos definitivos, e a concepção pessoal se torna dispensável; e os profissionais não poderão ser transmissores de conhecimento de cima para baixo, nem tampouco o de valores pessoais relativos à sexualidade, numa atitude disciplinar empenhada em manter o *status quo sexual* e da sacralidade da ordem social estabelecida. Ele deverá ser o de interlocutor e de facilitador da discussão e da reflexão. (Jeolás, Ferrari, 2003, p.618)

Além da mudança das práticas profissionais, para obter efetividade nas intervenções junto ao adolescente, será necessária também "[...] a construção de novos modelos de organização de trabalho em saúde que possibilite avaliação retrospectiva das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar e um planejamento prospectivo de sua aplicação" (Ayres, 1990, p.176).

Quanto ao trabalho multidisciplinar, alguns dos discursos dos médicos e enfermeiros referem esta necessidade, mas a realidade do serviço parece ser outra: "[...] a adolescência envolve um período de transformação psicológica muito importante, o que contribui para a grande incidência de gravidez precoce e DST. Logo, minha opinião é que deveríamos priorizar a educação do adolescente em nível psicológico, uma vez que o planejamento familiar e a prevenção de DST já vem sendo realizada, mas esbarra na falta de preparo emocional para esta fase da vida" (médico 2); "[...] sempre há necessidade de uma psicóloga, porém é um profissional que não temos" (enfermeiro 6); "O atendimento ao adolescente com qualidade e preparo dos diferentes profissionais não existe na rede pública municipal" (médico 12).

A adolescência nas ciências médicas e humanas é uma temática multidisciplinar e interdisciplinar, pois consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 2001). Um dos discursos aponta para esta necessidade: "Trabalhos com adolescentes devem ser multidisciplinares, principalmente participação de psicólogo ou pediatra com especialidade em lidar com adolescentes" (médico 1).

Cabe salientar que a necessidade de um psicólogo no trato com o adolescente pode ser factível, mas não é uma realidade das equipes da Saúde da Família; no entanto os profissionais que atuam na estratégia podem atender as maiores necessidades deste grupo etário, desde que estejam capacitados e haja reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Neste sentido, Bertussi, Oliveira e Lima (2001, p.142) referem que o trabalho multiprofissional não requer:

[...] vários profissionais atuando num mesmo serviço, mas sim um grupo de profissionais conhecedor da missão do serviço de saúde, compreendendo sua tarefa, e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para a sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma participativa e democrática.

O trabalho realizado em equipe, com interação e troca nos campos de competência de cuidado, abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (Franco, Merhy, 1999).

Para Ayres (1990, p.144) “[...] não se trata de somar conhecimentos, mas transformá-los num outro, apropriado às necessidades específicas do trabalho com adolescentes”.

Além da multidisciplinariedade no trato com o adolescente, os profissionais precisam buscar parcerias com outros setores a fim de obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção integral à saúde deste grupo etário. Alguns dos discursos dos médicos e enfermeiros revelam a dificuldade em utilizar o serviço de referência e contra-referência e em promover a intersetorialidade: “[...] dificuldade de encaminhar adolescentes com problemas para profissionais e serviços específicos” (enfermeiro 8); “Para o atendimento ser mais efetivo deveria existir uma parceria entre a Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação” (enfermeiro 24); “Acho que principalmente o PSF poderia realizar parcerias com as escolas para o desenvolvimento de ações à saúde dos adolescentes. Poderíamos abordar assuntos como drogas, planejamento familiar, auto-estima e etc. Porém isso só seria possível através de parcerias bem engajadas com a Secretaria de Saúde e Educação, pois até procedimentos simples, como a vacinação nas escolas, encontramos algumas dificuldades com a Secretaria de Educação” (enfermeiro 27).

Um dos desafios da intersetorialidade é identificar objetivos comuns e, mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição, buscar prioridades de ações em conjunto. Para tanto, Raynaut (2002, p.44) alerta que “[...] a complexidade do real não pode ser abordada a partir de apenas um ângulo ou de um nível de análise, é necessário juntar os olhares e as competências”.

Considerações finais

Cabe ressaltar que este estudo teve por objetivo fazer uma análise descritiva das ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros para os adolescentes, e analisar a percepção quanto à execução destas atividades no serviço de atenção básica de saúde no município.

Certamente, a pesquisa poderá contribuir para o aprofundamento da temática adolescência e a Estratégia da Saúde da Família, com a realização de novas pesquisas utilizando outras metodologias, e, também para o estabelecimento e adequação de intervenções e/ou readequações das políticas públicas existentes a quase duas décadas para os adolescentes (PROSAD e ECA), numa perspectiva de atenção integral, intersetorial e equânime.

Agradecimentos

Primeiramente, aos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família do município, pois sem a participação de cada um a pesquisa não teria sido viabilizada. Em especial, à Dra. Leila Sollberger Jeolás, antropóloga docente do Centro de Ciências Humanas da Universidade Estadual de Londrina, pelas contribuições e momentos reflexivos na temática. Às estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Bruna Camila F. da Silva, Fernanda Donádio Pitta e Giseli Plath, pela participação na pesquisa.

Colaboradores

Os autores Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, Zuleika Thomson e Regina Melchior participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- ABDUCH, C. Grupos operativos com adolescentes. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S.F.T.; BRANCO, V.C. (Orgs.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.289-300.
- AGUIAR, W.M.J.; BOCK, A.M.B; OZELLA, S.A. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. IN: BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.163-78.
- ALVES, J.A.L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Into a new world: young women's sexual and reproductive lives**. New York: CEPIA, 1998.
- AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.139-82.
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; FRANÇA JR., I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/ Aids. In: VIEIRA, E.M. et al. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p.97-109.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JR., I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. (Orgs.). **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.67-85.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.133-43.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**; Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Mulher**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/sps/htm>>. Acesso em: 10 jan. 2006.
- _____. **Boletim epidemiológico: Aids**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/htm>>. Acesso em: 20 jul. 2006.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Dados e pesquisas em DST e Aids**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/dst.htm>>. Acesso em: 09 jun. 2006.
- _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas**. Brasília, 1989.
- CAMACHO HUBNER, A.V. **Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jovens de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998**. Washington: OPS, 2000.
- CANNON, L.R.C.; BOTTINI, B.A. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. p.397-416. v.1.
- COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.456-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 jan. 2006.
- COSTA NETO, M.M. (Org.). **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- DEAN, A.G. et al. **Epi Info, version 6.04d a Word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1995.

- FERRAZ, E.; FERREIRA, I.Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E.M. et al. (Orgs.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p.47-54.
- FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.16, p.831-41, 2000.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas, 1999.
- GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.153-61, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 jan. 2004.
- HUERTAS, L.L.R. **Reforma sanitária, promoción de la salud y programas de salud de las adolescentes en la region: casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana**. Washington: OPS, 2001.
- JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.611-620, 2003.
- LONDRINA. **Saúde da criança: protocolo**. Londrina: Prefeitura/Autarquia Municipal de Saúde, 2006.
- _____. **Saúde da mulher: protocolo** Londrina: Prefeitura/Autarquia Municipal de Saúde, 2006a.
- LUNARDELLI, J.L. Anticoncepção na adolescência. **Pediatr. Mod.**, v.38, n.8, p.381-7, 2002.
- MATIAS, M.C.M. **Trabalho, educação e identidade: problematizando a formação e a prática do médico no Programa da Saúde da Família**. 2003. Tese (Doutorado em Educação Médica) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.
- MINAYO, M. C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-29.
- MOURA, E.R.; HOLANDA JR., F.; RODRIGUES, M.S. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1791-9, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 nov. 2005.
- MOURA, E.R.F.; SOUSA, R.A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família?. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1809-11, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 jan. 2006.
- OLIVEIRA, R.L.C. **Estudo sobre o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis e comportamento sexual de adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Londrina, PR**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2002.
- OZELLA, S. (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.
- PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, A. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: ABIA, 1994. p. 231-50.
- PAIVA, V. et al. **Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/Ibope, Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/htm>>. Acesso em: 20 dez. 2005.
- PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 fev. 2004.

- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/html>>. Acesso em: 26 jan. 2005.
- PERES, F.; ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde Soc.**, v.7, n.1, p.53-86, 1998.
- PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
- RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.5, supl.1, p.43-55, 2002.
- RUA, M.G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90, 1998. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/CNPD, 1998. v.2. p.731-49.
- RUZANY, M.H. et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.3, p.639-49, 2002.
- SANTOS, V.L.; SANTOS, C.E. Adolescentes, jovens e aids no Brasil. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Orgs.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. v.1. p.213-22.
- SIMÕES, V.M.F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.559-65, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/htm>>. Acesso em: 23 jan. 2004.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: CDC/Unicef, 1999.
- TORRES, G. V. **Atividades do enfermeiro na prevenção do HIV/Aids em Natal/RN: competências pedagógica e técnica**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2000.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescencia: acciones y percepción de los médicos y enfermeros del Programa Salud de la Familia. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.387-400, abr./jun. 2008.

Entre las diversas actividades desarrolladas por los médicos y enfermeros de la Salud de la Familia, el objetivo de la presente pesquisa ha sido caracterizar las acciones programáticas, preventivas y de intervención a los adolescentes y analizar la percepción de los profesionales en cuanto a las prácticas de atención que les es dedicado, por medio del análisis de cantidad y calidad. Los resultados han demostrado que los enfermeros realizan las acciones programáticas – prenatal, preventivo del cáncer uterino y planeamiento familiar, con mayor frecuencia que los médicos. Los médicos refieren que sus atendimientos se agotan en la consulta. Ambos profesionales afirman que orientan la prevención de la gravidez, DST/Sida y uso del preservativo. Casi la totalidad de los enfermeros y más del 50% de los médicos hacen acciones de intervención. Hay consenso en cuanto a la necesidad de implantación de un servicio sistematizado y que el municipio tendrá que capacitar a todos los profesionales, reestructurar los recursos materiales y humanos, insertar otros profesionales e integrar las acciones con servicios, además del de la salud.

Palabras clave: Adolescente. Programa Salud de la Familia. Prevención. Atención básica de salud.

Recebido em 25/09/06. Aprovado em 14/12/07.

Avaliação do material didático do projeto “Criança saudável - educação dez”, ano 2005*

Kathleen Sousa Oliveira¹

OLIVEIRA, K.S. Evaluation of the 2005 “Criança saudável - educação dez” teaching material. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.401-10, abr./jun. 2008.

The educational project “Criança saudável - educação dez” aims to promote nutritional education in schools, focusing on first to fourth grade students and teachers. It consists in the distribution of comics to children and a Teacher’s Guide. This objective of this study was to analyze the comics as didactic material on healthy food. Comics were qualitatively evaluated. A description was of the verbal and visual aspects, as well as the characteristics of the narrative and language undertaken. Then the significance of elements in the story were analyzed. Finally, the scientific information presented in the material was analyzed. The results of this study indicate inconsistencies in the production of the material. Restrictions were found with respect to the presence of racial discrimination, the incentive to consume industrialized products and the presence of conceptual mistakes related to food and nutrition.

Key words: Comics. Teaching materials. Evaluation. Food and nutrition education.

O projeto “Criança saudável - educação dez” destina-se a promover a educação alimentar e nutricional de escolares das séries iniciais do ensino fundamental de escolas públicas. Consiste na distribuição de cartilhas com histórias em quadrinhos para as crianças e de um Caderno do Professor. Este estudo teve por objetivo analisar as cartilhas em quadrinhos como material didático para instruir sobre alimentação saudável. Primeiramente, realizou-se uma descrição dos elementos verbais e visuais da narrativa e da linguagem; em seguida, um processo de conotação buscando identificar e analisar os significados presentes na história, e, por último, analisaram-se as informações técnico-científicas contidas nas cartilhas. Foram encontradas inconsistências na elaboração do material, sendo as restrições relacionadas à presença de aspectos de discriminação racial, ao incentivo ao consumo de produtos industrializados, e à presença de erros conceituais relacionados à alimentação e nutrição.

Palavras-chave: Histórias em quadrinhos. Materiais de ensino. Avaliação. Educação alimentar e nutricional.

* Baseado no documento técnico produzido no âmbito do Projeto 914BRA3026 - Unesco/MDS.

As opiniões expressas são de responsabilidade do autor e não refletem necessariamente a visão da Unesco ou do MDS sobre o assunto.

¹ Graduada em Nutrição. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde. QRSW 08, Bloco B-3, apto. 305 - Bairro Sudoeste - Brasília, DF 70.765-823 kathleen.ntr@terra.com.br

Introdução

As histórias em quadrinhos, podem ser definidas como imagens pictóricas e outras justapostas em seqüência deliberada, destinadas a transmitir informações e/ou a produzir uma resposta no espectador (McCloud, 2005). É um tipo de linguagem que combina textos e desenhos para contar uma história.

A percepção do uso das histórias em quadrinhos como forma eficiente para a transmissão de conhecimentos específicos data do século XX (Sartori, 2003), e o aspecto mais mencionado do uso das histórias em quadrinhos como ferramenta educacional é a capacidade de motivar os estudantes (McCloud, 2005; Calazans, 2004).

A particularidade do uso dos quadrinhos como ferramenta pedagógica encontra-se na combinação de duas formas ricas de expressão cultural: a literatura e as artes plásticas (Rota, Izquierdo, 2003); e no fato de possuírem um componente visual permanente de tempo e espaço. Quando bem exploradas, têm um poder enorme para contar histórias e transmitir mensagens, bem como o de servir como intermédio para abordar conceitos e disciplinas complexas e difíceis.

Nos quadrinhos observa-se a utilização de dois códigos: o lingüístico e o das imagens, não obstante seja a imagem a marca das histórias em quadrinhos (Scareli, 2002).

A palavra é uma linguagem abstrata, podendo ter diferentes representações em diferentes oportunidades, enquanto os desenhos revelam situações concretas que estruturam as configurações mentais (Bim, 2001). Desse modo, a linguagem dos quadrinhos contempla as necessidades das crianças, em qualquer estágio de desenvolvimento de sua linguagem escrita, pois os desenhos funcionam como um estágio inicial para o desenvolvimento da leitura e da escrita.

Em 2005, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) desenvolveu materiais educativos sobre alimentação e nutrição para serem distribuídos às séries iniciais do Ensino Fundamental em todas as escolas públicas. Foram desenvolvidos três temas, apresentados em quadrinhos sob a forma de cartilhas educativas que estão inseridas no contexto do projeto denominado "Criança saudável - educação dez": "O que é educação alimentar?", "Proteínas e carboidratos" e "Vitaminas e minerais".

Essas cartilhas pretendiam produzir e difundir conhecimentos científicos específicos relacionados à alimentação e à nutrição, para um público bem definido - *estudantes das séries iniciais do ensino fundamental* - e em uma circunstância específica - *para o professor trabalhar os temas com os alunos*. Contudo, considerando que nem sempre os quadrinhos são a forma mais adequada para o registro de informações científicas e, como pontuado por Guimarães (2001), dependerá muito da relação estabelecida entre desenho e informação, havia dúvidas se as cartilhas produzidas poderiam ser consideradas instrumentos apropriados para o desenvolvimento dessa ação educativa.

O MDS, então, solicitou diversas avaliações, que abrangeram: a análise conceitual do projeto, a avaliação dos conteúdos dos materiais desenvolvidos, a percepção dos professores e estudantes em relação ao material educativo e sua efetiva utilização no âmbito escolar, as estratégias propostas pelas escolas para utilização dos materiais, a utilização pelos estudantes, e a valorização do tema "Alimentação saudável" por esse público a ser atingido.

Este trabalho, portanto, apresenta parte dessas avaliações, resultado da análise das cartilhas em quadrinhos, a serem utilizadas como material didático, destinadas a instruir professores e alunos sobre alimentação saudável.

Metodologia

O presente estudo resulta de uma pesquisa descritiva e exploratória. A análise das histórias em quadrinhos baseou-se na metodologia proposta por Santos (2003) e Silva (2001). Primeiramente, foi realizada uma análise quadro a quadro, descrevendo os elementos verbais e visuais, que compõem a semântica da história em quadrinhos. Nesse sentido foi realizado um processo de denotação desses elementos, a saber: quadros, sarjetas, planos e ângulos de visão, balão, onomatopéia, legendas, metáforas visuais, linhas cinéticas e relação entre imagem e texto.

Neste processo foram descritos também os elementos da narrativa e da linguagem, que são: personagens, narração, tempo e espaço. Os personagens são os componentes mais importantes dos

quadrinhos, pois são os sujeitos de toda história. Além do protagonista, há os antagonistas e os personagens secundários, devendo ser observado o modo como cada um destes é representado dentro da história.

No que se refere à narração, foi analisado se as histórias em quadrinhos eram narradas pelo personagem principal, na primeira pessoa, ou por uma terceira pessoa, um narrador ausente, porém onipresente. O tempo indica a época em que se passa a história ou a duração narrativa; e o espaço, o lugar onde ocorre o enredo para dar verossimilhança à narrativa.

Posteriormente, foi realizado um processo de conotação que consistiu em identificar e analisar os significados presentes na história. Cabe destacar que a interpretação sugerida, portanto possível, a cada quadrinho, não necessariamente será a interpretação atribuída pelo leitor. Nesta etapa buscou-se observar o relacionamento entre o conteúdo dos quadrinhos e os aspectos da realidade social, próximos às experiências dos leitores, neste caso crianças com idade entre seis e dez anos.

Por fim, foi analisado se as informações técnico-científicas apresentadas nas histórias em quadrinhos apresentavam-se corretas, para o que, em determinados momentos, foi necessário recorrer aos gestores do projeto para esclarecer, sobretudo, as referências científicas e literárias utilizadas e/ou indicadas pelos autores das histórias.

Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados por ora apresentados agrupam características observadas nas três histórias do projeto "Criança saudável - educação dez", intituladas: 'Proteínas e carboidratos', 'Vitaminas e minerais' e 'O que é educação alimentar?'

Na história contada na cartilha "O que é educação alimentar?", o personagem principal é a Emília, e em torno dela se desenvolve a trama, que consiste na realização de uma reportagem sobre alimentação saudável. Todos os demais personagens são adjuvantes e auxiliam a personagem principal a descobrir e responder suas dúvidas sobre como se alimentar bem.

Na história em quadrinhos "Vitaminas e minerais", Emília embarca em uma aventura no Mundo das Vitaminas e dos Minerais. Nesse mundo, o personagem *Vitamina A* apresenta a Emília as vitaminas e os minerais, e expõe a importância de cada um deles para a saúde humana. Quando as vitaminas e os minerais questionam quem é Emília e percebem que ela é uma intrusa naquele mundo, a personagem vê-se obrigada a fugir e retorna para o Sítio do Pica-pau Amarelo.

Por fim, na história em quadrinhos "Proteínas e carboidratos" não há personagem principal: Dona Benta, Tia Nastácia e Emília se revezam na função de informar o leitor sobre um determinado assunto. A história inicia com a chegada do coronel Teodorico para almoçar. Dona Benta segue, então, para a cozinha, para cobrar de tia Nastácia o almoço, que ainda não está pronto. Enquanto esperam pelo almoço, as personagens trocam informações sobre a importância do arroz e do feijão, e falam da lenda indígena da mandioca e dos costumes alimentares de outros povos. E a história termina com o almoço sendo servido.

Os personagens

As histórias em quadrinhos das cartilhas da nutrição do projeto "Criança saudável - educação dez" utilizam os personagens do Sítio do Pica-pau Amarelo criados pelo escritor José Bento Monteiro Lobato.

A escolha da Turma do Sítio do Pica-pau Amarelo ocorreu devido às suas características que valorizam a cultura regional brasileira, bem como pelo caráter curioso e questionador de seus personagens (Oliveira, 2006). Apóia-se, por um lado, na imagem de personagens com as quais as crianças já se identificam - o que pode proporcionar uma melhor inserção do material - além de não haver os custos e o tempo envolvidos no processo de criação e caracterização dos personagens.

Contudo cabe ressaltar que a Editora Globo possui os direitos autorais sobre a obra do escritor, com exceção dos livros, e é hoje defensora dos interesses comerciais dos herdeiros de Monteiro Lobato. Registra-se que, somente na *home-page* da Editora, foram contados 115 produtos licenciados com marcas relacionadas ao Sítio do Pica-pau Amarelo e seus personagens.

Isso pode ter algumas implicações para o projeto, sabendo-se que, cada vez mais, as corporações buscam ganhar acesso a uma audiência cativa e introduzir, de diferentes maneiras, seus produtos nas escolas (Kanner, 2006). Subliminarmente, a criança associa a cartilha aos personagens do Sítio do Pica-pau Amarelo, ao programa de televisão e aos produtos licenciados, alguns dos quais apresentados nas propagandas de alimentos considerados pouco saudáveis.

É importante considerar, também, a construção dos personagens da obra lobatiana: no Sítio moram somente duas crianças, ambas curiosas e espertas - Narizinho e Pedrinho - que são criadas pela avó, Dona Benta, lúdica, brincalhona e nada repressora.

Sabe-se que o núcleo familiar brasileiro passa por transformações importantes, com a crescente participação da mulher na vida pública, com a desagregação familiar e o aumento de divórcios - observando-se, com isso, uma diminuição do número médio de pessoas por família, e um aumento de famílias chefiadas por mulheres ou de apenas uma pessoa - não se caracterizando tão fortemente o modelo familiar patriarcal no país (Gelinski, Ramos, 2004). No entanto, mesmo que se considere este panorama, sabe-se também que o padrão alimentar dos pais é um aspecto importantíssimo a ser considerado, pois são eles que criam condições, em casa, para a prática de uma alimentação saudável ou não. Neste caso, a opção pelo uso desses personagens impede a abordagem de determinados problemas alimentares, como, por exemplo, a obesidade, sob a perspectiva familiar.

O componente racista, subjacente à obra, é outro fator que necessita ser considerado pois, muito embora não se possa dissociar o contexto histórico no qual os personagens foram criados nem se possam distorcer as características primárias que os constituem, determinadas representações podem ser evitadas ao se utilizar a obra de Monteiro Lobato como referência para histórias contemporâneas.

Na obra de Monteiro Lobato observa-se que Dona Benta é a personagem branca, culta, prudente, sábia e bem arrumada. Tia Nastácia é a "negra beijuda", termo usado pela boneca Emília para desrespeitar a personagem. Ela é cozinheira, medrosa e supersticiosa, e é a única pessoa que trabalha; seu personagem se congela num papel social e cultural predeterminado, carregado de conotação negativa, enquanto o resto do mundo vive a transformação como valor (Oliveira, 2004; Tezza, 2004). No Sítio do Pica-pau Amarelo, Lobato deixa clara a hierarquia social ao demarcar o lugar da cozinha e o da sala: aquele, o dos negros; e este, o dos brancos.

Este estudo não encontrou, no meio acadêmico, discussão sobre a figura do Saci na obra de Lobato, embora também esse personagem possa estar relacionado ao componente racista da obra lobatiana. O Saci, personagem folclórico criado por portugueses, é descrito como um menino de cor negra, pernetado e com uma das mãos furadas, impertinente e assustador. Embrenha-se nas matas (tal como fizeram os escravos fugitivos) para fazer travessuras, assustar as pessoas e roubar; e, nesse sentido, no consenso imaginário, é a expressão simbolizadora do preconceito ao escravo e ao alforriado africano e seus descendentes (Sant'Anna, 2006). Além disso, no folclore, todas as entidades são estranhas e zoomórficas; já o Saci é um menino mesmo, mas magrelo e negro.

Em outras culturas latino-americanas, esse personagem também aparece, como, por exemplo, na Argentina, onde é chamado de *Yasi Yatere*, sendo descrito como um ser que anda nu, com cabelos lousos (originalmente é possível que tenha sido prateados), e que usa um grande chapéu de palha (Blick, 2002). Também o saci argentino faz as mesmas travessuras relatadas na lenda brasileira. Contudo, na lenda do Saci, como identidade brasileira, agregaram-se-lhe tintas sombrias de inferioridade racial e preconceito (Sant'Anna, 2006).

De forma que, considerando-se o didatismo da obra de Lobato e, especificamente, o uso de seus personagens no projeto "Criança saudável - educação dez", o quadro apontado é bastante relevante para a criança no que se refere à construção das representações sociais. Estas dizem respeito à maneira como os grupos sociais constroem e organizam os diferentes significados dos estímulos do meio social e as possibilidades de respostas que podem acompanhar esses estímulos (Pereira, Torres, Almeida, 2003; Arruda, 2002). Isso significa que as representações sociais têm, como característica, o fato de não serem resposta a um estímulo do meio social, e sim uma construção do significado desse meio; além disso, elas fundamentam as ações sociais, não porque guiam o comportamento, mas por construírem o ambiente para a ocorrência do comportamento (Pereira, Camino, 2003).

Nas histórias em quadrinhos do projeto, não é muito diferente. Tia Nastácia e Tio Barnabé sempre são os personagens que trabalham, respectivamente, na cozinha e na horta. Mesmo em uma situação

de emergência - como a retratada em "Proteínas e carboidratos", em que o leitor é informado, desde o começo da história, que o almoço a ser servido para uma visita está atrasado - essa representação não se modifica. Na mencionada história, em momento algum, Dona Benta se dispõe ou é apresentada ajudando Tia Nastácia a terminar o almoço; pelo contrário, em dois trechos, Dona Benta claramente cobra o almoço e nota-se que a culpa pelo atraso recai sobre Tia Nastácia, que é apresentada com expressão de culpa e desconforto pelo ocorrido.

A informação comunicada por esses personagens é restrita ao conhecimento popular, como pode ser observado na cartilha "O que é educação alimentar?", em que Emília pede a Tia Nastácia: "*Explica pra gente como é a alimentação da turma do Sítio*". A cena avança para a imagem de uma horta e não há nenhuma outra cena em que Tia Nastácia aparece explicando a alimentação do Sítio. Aqui dois fatos se somam: a pergunta reservada ao personagem está relacionada ao observável no seu cotidiano, logo, não há espaço para um saber mais erudito; e, ao chegar o momento da personagem falar, o autor opta por não verbalizar, e as cenas seguintes são imagens da Emília e da Tia Nastácia na televisão, assistida pela personagem Cuca.

Também na cartilha "Proteínas e carboidratos" reforçam-se os estereótipos e a submissão de Tia Nastácia quando esta trata Dona Benta por "sinhá": "*Sabe, **sinhá**, eu pedi para a Emília trazer uns livros de receitas!...*" (grifo da autora). Este termo - "sinhá" - fez parte da linguagem popular brasileira e era o tratamento utilizado pelos escravos a sua senhora (Ferreira, 2004), e representava a submissão e o pertencimento do escravo à senhora branca. Palavra obsoleta no mundo contemporâneo, sua utilização em uma história atual é injustificável e inadmissível.

Observou-se, deste modo, que as histórias em quadrinhos do projeto "Criança saudável - educação dez", contribuem para a criança construir um ambiente de significação em que o comportamento racista é visto como algo normal e aceitável, perpetuando-o na sociedade brasileira.

Apresentação das imagens e textos/narrativa

Nas três histórias, quanto à apresentação das imagens e dos textos, percebe-se o uso excessivo do ângulo de visão médio, o que pode tornar a história cansativa e monótona, por ser utilizado em cenas de ação mais lenta (Rama, Vergueiro, 2004). Na história "Vitaminas e minerais", esse uso é minimizado, pela ação e drama presentes nos quadrinhos, o que não ocorre nas demais. Nesta história o roteiro é envolvente, ainda que em determinado momento torne-se extremamente narrativo, perdendo um pouco de ritmo e ficando cansativo, com o uso de muitas legendas na parte superior dos quadros.

Por outro lado, em "Proteínas e carboidratos", o roteiro não possui uma ação clara e é pouco envolvente, pois os personagens passam a maior parte do tempo contando "histórias", com o uso de muitas legendas e pouco diálogo. A apresentação da lenda da mandioca, possivelmente, é o trecho da história que mais envolva o leitor, pois expõe um drama, tendo como tema a morte que, normalmente, é muito significativa para a criança.

Já na história "O que é educação alimentar?", o roteiro não apresenta nenhum drama e é também pouco envolvente, pois usa o artifício da reportagem para os personagens apresentarem diversos conceitos ao leitor. Em alguns trechos, as falas são muito extensas, sem que haja, propriamente, um diálogo entre os personagens. Na verdade, os vários temas abordados vão sendo apresentados ao leitor ora por legenda, ora por alguém respondendo a Emília, ora simplesmente com a Emília "narrando".

As três histórias apresentam diversas divergências em sua linguagem imagética, que levam o leitor não-alfabetizado à confusão quanto ao seu significado, seja pela relação estabelecida entre imagem e texto, seja somente na leitura da imagem.

Ao representar a Torre de Pisa e uma mulher vestida com indumentária japonesa e com um par de *hashi* na mão - mas sem nenhum traço fisionômico japonês - a mensagem só será plenamente reconhecida pelo leitor que conheça essas referências culturais. Certamente a Torre de Pisa é um símbolo monumental da cultura italiana, bem como os modos de comer e de se vestir dos japoneses são bastante peculiares; mas, é muito provável que não sejam representações claras para todas as crianças, especialmente aquelas que ainda estão em processo de alfabetização. Nas demais cenas, para que a mensagem seja compreendida, é necessário complementar a leitura visual com a textual, dificultando, para os leitores não-alfabetizados, a compreensão e o reconhecimento de toda a informação que o autor

desejava transmitir. Tal fato, porém, pode ser minimizado caso o professor aborde e aprofunde o tema em questão com os estudantes, conforme previsto no Caderno do Professor.

Conteúdo científico

Na história "Vitaminas e minerais", a personagem Vitamina A faz a seguinte narração: *Bom, pelo menos, temos mais um reforço para combater as doenças, inclusive algumas causadas pelo ataque de vírus e bactérias ou por falta de vitaminas e minerais.* E, então, aparecem personagens representando as seguintes doenças: anemia, gripe, infecção e desnutrição.

Sabe-se que a desnutrição é uma patologia decorrente de déficit energético protéico na alimentação (Mahan, Escott-Stump, 2002; Monteiro, 1985). De modo que, ao representar a desnutrição neste quadro, uma informação incorreta é dada ao leitor, pois a interpretação é que a desnutrição pode ser causada por vírus ou bactérias ou pela falta de vitaminas e minerais.

Ao fim desta mesma história, Emília é retratada pálida em decorrência de um susto. Tia Nastácia, não sabendo o que havia acontecido, sugere uma vitamina de frutas, para fazer Emília recobrar a cor, e pega uma maçã. No entanto, não é estabelecida nenhuma relação de causalidade entre a palidez e a ingestão de vitaminas. Aqui cabe o seguinte questionamento: Por que a vitamina de frutas é uma boa pedida quando se está pálido? Qual a mensagem que se pretende comunicar ao leitor?

A palidez cutânea, quando não resulta de uma reação emocional, está relacionada a alguma patologia (no contexto da história, seria com a anemia). Por sua vez, a anemia é prevenida pelo consumo de alimentos que contenham ferro, como: carnes vermelhas, grão-de-bico, mariscos, hortaliças de folhas verde-escuras, açaí, entre outros. Desse modo, em termos científicos, a mensagem informada não faz sentido algum.

Já na história "Proteínas e carboidratos", destacam-se três mensagens. Em uma passagem da história Emília afirma: *"Então, deixa ver se eu entendi. Para o nosso corpo crescer saudável, é preciso ter uma alimentação bem variada!"*. Contudo, na seqüência anterior, comenta-se apenas sobre os alimentos protéicos. Assim, fica muito difícil compreender como a personagem Emília conclui que a alimentação variada é importante para o corpo crescer. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, uma alimentação variada é aquela que propicia "o consumo de vários tipos de alimentos" que fornecem os diferentes nutrientes, evitando "a monotonia alimentar, que limita a disponibilidade de nutrientes necessários para atender às demandas fisiológicas e garantir uma alimentação adequada" (Brasil, 2005, p.38). Assim, uma alimentação variada é aquela que fornece diferentes nutrientes, a saber: proteínas, carboidratos, vitaminas, minerais e gorduras.

Logo, pode-se inferir que há um erro conceitual grave nesse trecho da história, pois tal como se apresenta a informação, a interpretação do leitor será a de uma alimentação variada relacionada somente aos alimentos protéicos.

A segunda mensagem a ser destacada apresenta-se na lenda indígena, contada nesta história em quadrinhos, sobre a origem da mandioca. Na versão apresentada, há um componente diferente de outras, no que se refere ao nascimento de Mani, quando relata que "nasceu uma **menina branca** como a Lua" (grifo da autora). Nos relatos de pesquisadores como Luís da Câmara Cascudo (2004) e Edgar Normanha (2002), e da escritora Helena Pinto Vieira (apud Lenise Resende, 2003), esta referência não aparece.

Por meio de entrevista com os gestores do projeto, foi averiguado que a referência utilizada nessa passagem foi uma publicação do Ministério da Saúde, intitulada Alimentação e Cultura (Brasil, 1999). Esta publicação não possui a bibliografia utilizada como referência para esse trecho e apresenta duas versões: uma, de autoria de Helena Pinto Vieira; e outra, com texto adaptado de Maria Thereza Cunha de Giacomo. Esta última faz referência ao nascimento de uma menina branca; no entanto, a publicação não traz a bibliografia utilizada por essa autora, impossibilitando maior aprofundamento a respeito.

Os índios do Brasil são povos que diferem entre si. Cada grupo indígena apresenta usos e costumes, atitudes, hábitos, organização social, crenças e filosofia peculiares e distintas. Portanto, cada povo terá também seu folclore e, conseqüentemente, cada um irá elaborar suas lendas como forma de valorizar o que lhe é importante (Cascudo, 2004). Assim como ocorre com outras lendas, é possível também existir diferentes explicações sobre a origem da mandioca.

Chama a atenção, contudo, que a lenda apresentada na história em quadrinhos corresponda à versão menos usual nas referências pesquisadas, quanto ao elemento destacado (nascimento de uma menina branca), seja pelo fato de só ter sido encontrado um relato, seja pelo fato de não estar referenciada, como é o caso da publicação do Ministério da Saúde. Esta discussão é importante, na medida em que a afirmação de que nasce uma menina branca pode se configurar, para os povos indígenas, como uma incorporação, que se constitui proposta de dominação cultural por meio de uma reinterpretação da lenda (Benjamin, 2002). Seria, portanto, apropriada uma profunda e extensa pesquisa relacionada ao tema, que busque referências que dêem voz aos povos indígenas, e que não sejam somente textos escritos por outras culturas.

A terceira mensagem apresentada na história "Proteínas e carboidratos" refere-se à origem da feijoada, em que o autor afirma que a mesma foi trazida ao Brasil pelos africanos. Convencionalmente, é dito que a feijoada foi inventada nas senzalas. Contudo, alguns historiadores (Pombo, 2006; Cascudo, 2004) apontam que o hábito de combinar carnes de porco salgadas, verduras, legumes e feijão branco era uma tradição mediterrânea. O historiador Rodrigo Elias (2004) lembra que as partes salgadas do porco, como orelha, pés e rabo, nunca foram restos e eram muito apreciados na Europa, ao passo que o alimento básico nas senzalas era uma mistura de feijão com farinha.

Por fim, na história "O que é educação alimentar?", destaca-se o trecho final em que a personagem Cuca está parada sobre uma bicicleta ergométrica, com o braço suspenso no ar, e seu semblante é o de quem está desconcertado. A personagem declara: "Sabe que essa boneca tem razão? Eu estava fazendo ginástica e continuava gorducha!".

Aqui a dificuldade relaciona-se com o fato de que, em nenhum momento da história, Emília ou outro personagem estabeleceu a relação entre alimentação e atividade física. De modo que é preciso que o leitor deduza que isso foi comentado na reportagem, sem ter sido mencionado diretamente. No entanto, tal pulo temático na história não é interessante, pois pode prejudicar a compreensão da história pelas crianças.

Textos complementares

Dois textos complementares são apresentados, após a história em quadrinhos, em cada cartilha, conceitualmente para aprofundar o tema apresentado em cada história. No entanto, nas cartilhas "Vitaminas e minerais" e "Proteínas e carboidratos", são abordados outros temas: nesta, o cuidado com a carne e o consumo de gordura; e naquela, o consumo de sal, açúcar e uma alimentação saudável.

Na cartilha "Vitaminas e minerais", poderiam ter sido explorados textos que abordassem, por exemplo, as fontes dos minerais e das vitaminas, bem como a relação de biodisponibilidade entre eles; na outra história, como o enfoque maior é dado à cultura alimentar, poderiam ter sido aprofundadas questões relacionadas aos alimentos fontes de proteínas e carboidratos.

Quanto à cartilha "O que é educação alimentar?", os textos complementares apresentam-se adequados para a proposta de uma abordagem ampla da alimentação e nutrição.

Uma última consideração referente às três cartilhas merece ser mencionada quanto aos textos complementares: o tamanho das letras dos textos é muito pequeno; considerando que o público focado pelo Projeto são crianças em fase de alfabetização, textos longos e com letras pequenas são pouco apropriados, cansativos e logo dispensados da leitura pretendida.

Outros elementos analisados

Ainda é importante ressaltar a inadequação do título da história "O que é educação alimentar e nutricional?". Seguindo o que foi apresentado na história em quadrinhos, poderia ser definido pelo leitor que educação alimentar e nutricional é alimentar-se bem, comer frutas, verduras e legumes, plantados na horta e nos horários considerados corretos; bem como comer sem exageros e evitar o desperdício.

Primeiramente, é preciso considerar que os elementos citados na frase anterior constituem-se como objetos da educação alimentar. E, segundo, que educação implica uma ação: a de educar. Não se pretende esmiuçar o conceito de educação alimentar e nutricional, mas é importante ressaltar aqui a diferença entre o objeto ("alimentar-se bem, comer frutas, verduras e legumes, plantados na horta e

nos horários considerados corretos; bem como comer sem exageros e evitando o desperdício”) e a ação (educar para uma alimentação saudável).

Portanto, seria mais apropriado que a história em quadrinho apresentasse outro título, pois em nenhum momento a história traz a definição do que seja educação alimentar e nutricional.

Conclusão

O presente trabalho buscou avaliar as cartilhas do projeto “Criança saudável - educação dez” como material didático de educação alimentar e nutricional, dirigido aos alunos das séries iniciais do ensino fundamental. As cartilhas da nutrição, como também são chamadas, possuem falhas importantes na elaboração dos seus elementos visuais, da narrativa, da linguagem empregada e na conotação das histórias. Assim, esta análise identificou que as histórias desenvolvidas:

- 1 manifestam componentes de discriminação racial.
- 2 apresentam erros conceituais e históricos relacionados à alimentação e nutrição.
- 3 possuem, em sua linguagem imagética, divergências que levam o leitor não-alfabetizado à confusão, quanto ao seu significado.

Desta avaliação, foram levantadas diversas recomendações para os gestores do projeto, entre as quais se destacam duas. A primeira, refere-se ao desenvolvimento de personagens próprios para o projeto e ao cuidado na elaboração do roteiro, de modo a respeitar a diversidade racial e refletir a multiculturalidade brasileira. A segunda, que o roteiro das histórias em quadrinhos seja revisado por um supervisor científico da área da nutrição.

Reconhece-se, entretanto, que as cartilhas podem ser importantes instrumentos de estímulo, para sensibilizar alunos e professores para o tema alimentação e nutrição. Embora as inconsistências nelas encontradas não cheguem a comprometer o projeto “Criança saudável - educação dez”, as suas atuais apresentações revelam uma delicada relação ética com o uso de personagens, que foram criados dentro de um contexto eugenista e que, também, são utilizados em propagandas de alimentos pouco saudáveis.

Finalmente, espera-se que a metodologia utilizada neste trabalho possa subsidiar na análise dos materiais que serão desenvolvidos na continuidade do projeto, se for mantida como estratégia a utilização de histórias em quadrinhos.

Referências

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, n.117, p.127-47, 2002.

BENJAMIN, R. Folclore: invenção, apropriação e expropriação. In: ENCONTRO CULTURAL DE LARANJEIRAS, 28., 2002, Laranjeiras-SE. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/folclore/Congresso/congresso.html>>. Acesso em: 2 jan. 2006.

BIM, S.A. **HagáQuê** - editor de história em quadrinhos. 2001. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001. Disponível em: <<http://www.hagaque.cjb.net/>>. Acesso em: 27 mar. 2006.

BLICK, G. Uma pesquisa sobre o imaginário da fronteira: mitos na região de Santo Antonio do Sudoeste (Brasil) e San Antonio (Argentina). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISPANISTAS, 2., 2002, São Paulo. **Anais online...** São Paulo: Associação Brasileira de Hispanistas, 2006. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000012002000300027&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 16 fev. 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Alimentação e cultura**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/nutricao>>. Acesso em: 31 maio 2006.

CALAZANS, F. **História em quadrinhos na escola**. 2.ed. São Paulo: Paulus, 2004.

CASCUDO, L.C. **História da alimentação no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Global, 2004.

ELIAS, R. Breve história da feijoada. **Nossa História**, n.4, p.34-7, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio**. Curitiba: Positivo, 2004. 1 cd-rom.

GELINSKI, C.; RAMOS, I.S. Mulher e família em mutação: onde estão os mecanismos de apoio para o trabalho feminino? **Mulher e Trabalho**, v.4, p.141-8, 2004. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

GUIMARÃES, E. História em quadrinhos como instrumento educacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 24, 2001, Campo Grande. **Anais online...** São Paulo: Intercom, 2001. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br>>. Acesso em: 29 mar. 2006.

KANNER, A.D. The corporatized child. **Calif. Psychol.**, v.39, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.commercialfreechildhood.org/articles/kannerarticle.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause - alimentos, nutrição e dietoterapia**. 10.ed. São Paulo: Rocca, 2002.

MCCLOUD, S. **Desvendando os quadrinhos**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

MONTEIRO, C.A. O problema da desnutrição no Estado de São Paulo (Brasil). Informações disponíveis, lacunas no conhecimento e linhas de pesquisa prioritárias. **Rev. Saúde Pública**, n.19, p. 183-9, 1985.

NORMANHA, E.S. Derivados do vocábulo Manihot em nomenclatura sistemática. **O Agrônomo**, v.54, n.2, p.42-4, 2002.

OLIVEIRA, A.G. O silenciamento do livro didático sobre a questão étnico-cultural na primeira etapa do Ensino Fundamental. **Rev. Espaço Acadêmico**, n.40, 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

OLIVEIRA, K.S. **Análise conceitual do projeto Criança saudável, educação dez**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006. (Documento técnico - Projeto 914BRA3026 - UNESCO/MDS).

PEREIRA, C.; CAMINO, L. Representações sociais, envolvimento nos Direitos Humanos e ideologia política em estudantes universitários de João Pessoa. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.16, n.3, p.447-60, 2003.

PEREIRA, C.; TORRES, A.R.R; ALMEIDA, S.T. Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.16, n.1, p.95-107, 2003.

POMBO, N. Cardápio Brasil. **Rev. Nossa História**, n.29, p.32-5, 2006.

RAMA, A.; VERGUEIRO, W. (Orgs.). **Como usar as histórias em quadrinhos na sala de aula**. São Paulo: Contexto, 2004.

RESENDE, L. Lendo e relendo Gabi. In: _____. **Leituras: manifestações folclóricas brasileiras na literatura - lendas**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.lendorelendogabi.com>>. Acesso em: 30 maio 2006.

ROTA, G.; IZQUIERDO, J. "Comics" as tool for teaching biotechnology in primary schools. **Issues Biotechnol. Teach.**, v.6, n.2, p.85-9, 2003.

SANT'ANNA, R. **Criadores de sacis**. Disponível em <<http://www.triplov.com/romildo/>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

SANTOS, R.E. A história em quadrinhos na sala de aula. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte. **Anais online...** São Paulo: Intercom, 2003. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br>>. Acesso em: 06 abr. 2006.

SARTORI, R.C. Quadrinhos e questões ambientais: um espaço para as ações educativas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte. **Anais online...** São Paulo: Intercom, 2003. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br>>. Acesso em: 26 mar. 2006.

SCARELI, G. Histórias em quadrinhos, ambiente e cidadania. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 25, 2002, Salvador. **Anais online...** São Paulo: Intercom, 2002. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br>>. Acesso em: 03 abr. 2006.

SILVA, N.M. Elementos para a análise das Histórias em Quadrinhos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 24, 2001, Campo Grande. **Anais online...** São Paulo: Intercom. Disponível em: <<http://reposcom.portcom.intercom.org.br>>. Acesso em: 29 mar. 2006.

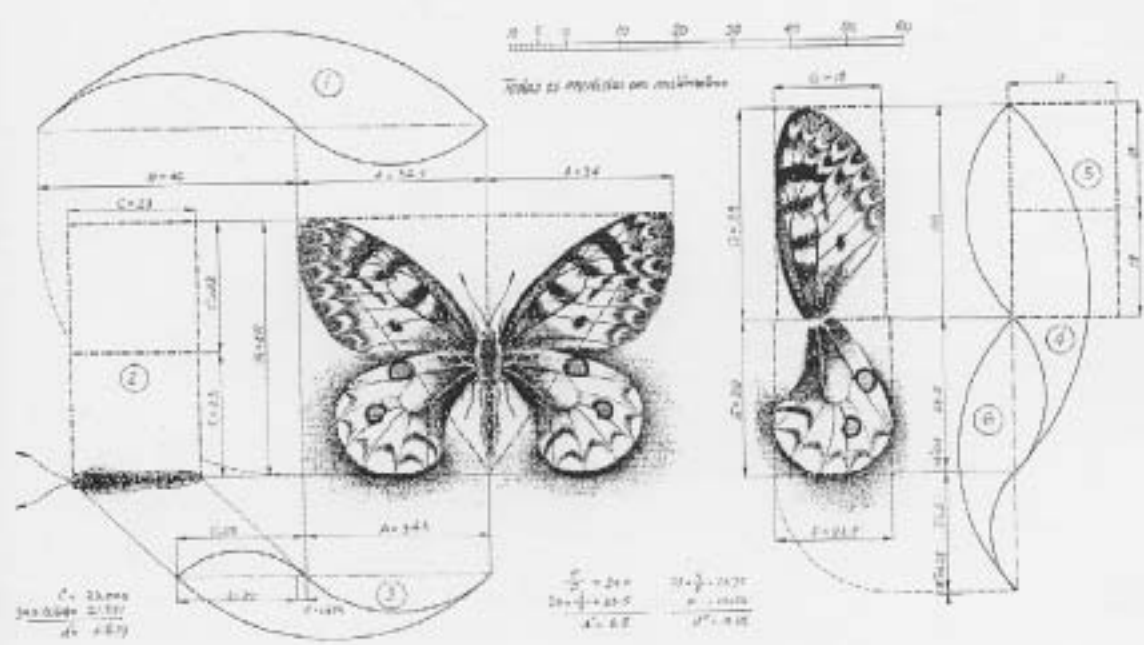
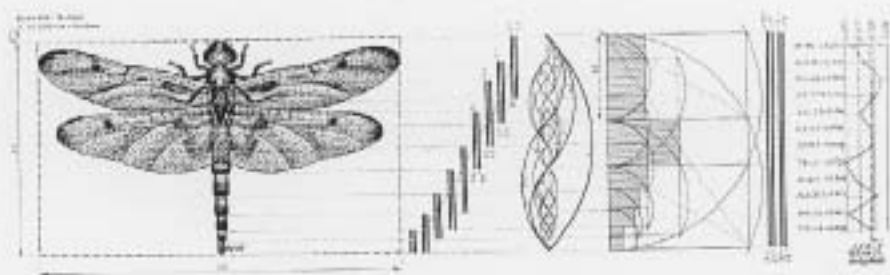
TEZZA, C. Urupês: memórias da liberdade. **Rev. Trópico**, 2004. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2388,1.shl>>. Acesso em: 16 fev. 2006.

OLIVEIRA, K.S. Valución del material didáctico del proyecto "Niño saludable - educación diez", año 2005. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.401-10, abr./jun. 2008.

El proyecto "Niño saludable - educación diez" visa promover la educación alimenticia y nutritiva de escolares de la series iniciales de la enseñanza fundamental de escuelas públicas. Consiste en la distribución de cartillas con historias dibujadas para los niños y de un Cuaderno del Profesor. Este estudio tuvo como objetivo analizar las cartillas con dibujos como material didáctico para instruir sobre alimentación saludable. Primeramente se realizó una descripción de los elementos verbales y visuales de la narrativa y del lenguaje; seguidamente, un proceso de connotación buscando identificar y analizar los significados presentes en la historia y por ultimo se analizaron las informaciones técnico-científicas contenidas en las cartillas. Se encontraron inconsistencias en la elaboración del material, siendo las restricciones relacionadas a la presencia de aspectos de discriminación racial, al incentivo al consumo de productos industrializados y a la presencia de errores conceptuales relacionados a la alimentación y a la nutrición.

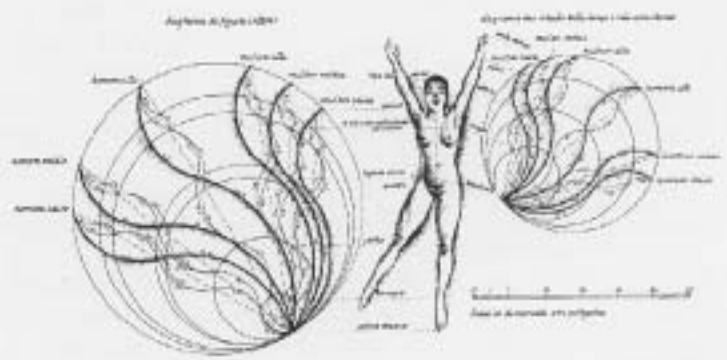
Palabras clave: Cómics. Materiales de enseñanza. Valución. Educación alimentaria y nutricional.

Recebido em 30/11/06. Aprovado em 06/02/08.



- (1)
 $\frac{C}{A} = \frac{34}{141} = 0,241$
 relação do corpo com a cabeça
- (2)
 $\frac{C}{B} = \frac{34}{140} = 0,243$
 relação do corpo com o tórax
- (3)
 $\frac{C}{D} = \frac{34}{140} = 0,243$
 relação do corpo com o abdômen
- (4)
 $\frac{C}{E} = \frac{34}{141} = 0,241$
 relação do corpo com o comprimento
- (5)
 $\frac{C}{F} = \frac{34}{141} = 0,241$
 relação do corpo com a largura
- (6)
 $\frac{C}{G} = \frac{34}{141} = 0,241$
 relação do corpo com a altura

Analisar proporcional de *Chilix parvula*.



Imagens extraídas de
 GYÖRGY DOCZI. O poder dos limites, 1981.

Dos sistemas

Já trazes ao nascer, tua filosofia.
As razões? Essas vêm posteriormente.
Tal como escolhes, na chapelaria,
A forma que mais te assente...

Mário Quintana

(*Antologia Poética*. Seleção de Sérgio Faraco.
L&PM Editores, Porto Alegre, 1999, p.38)

A proposta da Educação Permanente em Saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids

Maria de Fátima Nunes¹
 Márcio Florentino Pereira²
 Renata Tolêdo Alves³
 Cláudio Rodrigues Leles⁴

Introdução

As profissões existem para satisfazer uma necessidade social e a odontologia não é exceção. Ela opera em um sistema social, dentro do qual a profissão e suas instituições estão continuamente se reajustando de acordo com a mudança na tecnologia, os pontos de vista profissionais e as necessidades ou demandas da educação odontológica. (Chaves, 1977, p.368)

As práticas profissionais dos cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços públicos de saúde refletem o modelo flexneriano de formação das diversas instituições de ensino brasileiras. Apesar do crescente aumento no número de faculdades de odontologia nas últimas décadas e das novas diretrizes curriculares, poucas mudanças podem ser observadas na formação de seus egressos.

Na III Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2005a, p.70), os problemas relativos ao modelo cirúrgico-restaurador novamente emergiram:

A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os componentes técnicos da educação na graduação e pós-graduação em saúde geralmente não estão voltados para as necessidades de saúde da população nem para o emprego ou criação de tecnologias assistenciais inovadoras.

Como possível solução deste problema referente ao perfil do profissional, presente no sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988, no art. 200, inciso III, declara que compete à gestão do SUS "o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde" (Brasil, 2003, p.40). Essa atribuição do SUS na formação de seus trabalhadores é citada também na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na Lei Orgânica da Saúde de 1990, na VIII, IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde (Ceccim, Armani, Rocha, 2002). A partir da XII Conferência Nacional, a Educação Permanente em Saúde passa a ser proposta claramente como

¹ Cirurgiã-dentista. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Praça Universitária, Setor Universitário Goiânia, GO 74.605-220 nunes.mariadefatima@gmail.com

² Cirurgião-dentista. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

³ Cirurgiã-dentista. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁴ Cirurgião-dentista. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás.

a política de qualificação dos profissionais. A humanização do atendimento às pessoas vivendo com DST/Aids aparece como item específico inserido na necessidade de qualificação desses profissionais (Brasil, 2004).

Nesta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde. O SUS “necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas profundamente distintas das de hoje vigentes, especialmente no campo da atenção básica” (Capistrano Filho, 2000, p.8).

Em 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS. A Educação Permanente em Saúde surgiu como uma importante estratégia para a transformação das práticas e da organização dos serviços de saúde que deveriam ser construídas, prioritariamente, com base nos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho para, desta forma, propor um plano de ações relevante e de qualidade. “A Educação Permanente em Saúde é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho” (Brasil, 2005b, p.12).

A Educação Permanente em Saúde vem também ao encontro das novas diretrizes curriculares propostas aos cursos de graduação da área da saúde, pois destina-se à transformação do modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde. Busca também a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção ética, humana e de qualidade. O objetivo não é apenas formar bons técnicos, mas bons profissionais, capazes de serem criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (Brasil, 2005b).

A estratégia é a da aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que faz sentido para o indivíduo. Ela faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. Para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização. “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, idéias, compreendendo os processos e propondo soluções” (Brasil, 2005b, p.8). Ao refletir sobre a situação concreta de trabalho, as propostas de soluções passam a ser mais reais, viáveis e, sobretudo, descentralizadas.

A formação dos cirurgiões-dentistas como facilitadores em educação permanente em saúde na área de DST/HIV/Aids

O Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), em parceria com a Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Universidades Públicas, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio do projeto “Formação de cirurgiões-dentistas como facilitadores em Educação Permanente em DST/HIV/Aids”, realizou, nos anos de 2005 e 2006, cursos de extensão com cirurgiões-dentistas de todo o país. O objetivo do projeto foi o desenvolvimento profissional dos cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde nos Estados e municípios brasileiros, por meio de ações de Educação Permanente, buscando a atenção integral e humanizada às pessoas vivendo com HIV/Aids.

A formação do grupo de facilitadores em cada Estado, com seus respectivos projetos de mudança por bases locais, foi a primeira etapa desencadeada pelo processo de Educação Permanente em Saúde, cuja experiência está descrita neste trabalho.

A segunda etapa consiste no desenvolvimento das propostas de intervenção em cada município, e a terceira é de monitoramento das ações, com o apoio de assessores do PN-DST/Aids e dos monitores de cada região. Ambas estão em processo, apresentando estágios diferentes entre os Estados e municípios, às vezes ocorrendo concomitantemente em alguns locais.

Para a realização da etapa inicial do projeto foram propostos cursos de extensão semipresenciais, de âmbito nacional, com cargas horárias de 136 horas. Foi viabilizada, também, a escolha de um grupo de facilitadores e monitores para cada Estado. Para definição dos objetivos, da metodologia e do material instrucional, foi realizado um conjunto de oficinas de pactuação da proposta com as coordenações estaduais de DST/Aids e de saúde bucal.

Na formação dos facilitadores cirurgiões-dentistas, os cursos objetivaram uma reflexão sobre o processo e formulação do trabalho desses profissionais. Objetivou-se ainda aumentar o conhecimento e melhorar seu comportamento e atitude com relação ao HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, gerar transformações na prática cotidiana da equipe de saúde bucal, particularmente das que atuam na atenção básica em saúde no SUS. As ações foram pensadas localmente com o propósito de contextualizar a realidade presente e buscar a melhoria da qualidade da atenção à população e aos usuários das ações e serviços de saúde bucal.

Também foram objetivos dos cursos: contextualizar, aproximar e dimensionar a Educação Permanente em Saúde como política de educação para o SUS; desenvolver competências relacionais que subsidiassem a ação dos facilitadores na elaboração e implementação da proposta localregional de desenvolvimento profissional; avaliar os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de odontologia nos seus locais de atuação; identificar as necessidades e demandas dos serviços odontológicos no atendimento em DST/Aids na região; articular com os gestores locais a implantação das ações de Educação Permanente em Saúde Bucal na área de DST/Aids; contribuir com os profissionais da odontologia para uma atuação multiprofissional e interdisciplinar na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids; contribuir para a qualificação da atenção básica em saúde bucal nos municípios; e ampliar a discussão de questões legais e éticas e sobre vulnerabilidade, discriminação, preconceitos e medos em relação à atenção em saúde no âmbito das DST/Aids.

Estrutura do curso

O curso de formação de cirurgiões-dentistas como facilitadores de Educação Permanente em Saúde na área de DST/HIV/Aids foi estruturado em dois encontros presenciais, intercalados por momentos de dispersão monitorados (ou tutorados). Os momentos de dispersão tiveram como propósito principal subsidiar as práticas de Educação Permanente em Saúde, com base em problemas identificados e pactuados em cada localregião.

Os encontros presenciais possibilitaram discussões e sucessivas aproximações ao objeto de estudo, ou seja, ampliação do conhecimento sobre as práticas de atenção em saúde bucal às pessoas vivendo com HIV/Aids no ambiente de trabalho do facilitador. O suporte para essa problematização foi estabelecido pelas unidades de aprendizagem do curso, que teve como conteúdos básicos: Educação Permanente em Saúde, política e situação atual da epidemia da Aids, política nacional de saúde bucal, controle de infecção, biossegurança, bioética, humanização e manifestações bucais da Aids. Toda a estrutura do curso teve e tem como premissa que

a educação deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver os aspectos pessoais, os valores e as idéias que cada profissional tem sobre o SUS. (Brasil, 2005b, p.13)

Diagnóstico localregional

O curso de formação dos cirurgiões-dentistas como facilitadores em Educação Permanente em Saúde na área de DST/HIV/Aids elegeu o processo de diagnóstico localregional como essencial para problematizar e sugerir soluções adequadas à realidade de cada Estado brasileiro. Ao propor ao profissional um novo olhar sobre seu local de atuação, buscou-se que este se sentisse parte do processo e se apoderasse do desejo de transformação e da percepção de que isso é plausível.

Para o diagnóstico localregional, foram estabelecidos alguns pontos primordiais a serem observados: perfil dos profissionais; humanização e bioética; controle de infecção e biossegurança. Como resultados dos diagnósticos realizados, foram detectados vários problemas em todos os aspectos pesquisados, desde questões estruturais do local de trabalho até a resistência e desconhecimento, por parte do profissional, sobre a atenção devida às pessoas vivendo com HIV/Aids. Alguns dos problemas detectados em todos os Estados podem ser observados nos Quadros 1, 2, 3 e 4.

Quadro 1. Falhas no controle de infecção de acordo com o diagnóstico realizado nas unidades de saúde pesquisadas - Brasil, 2005/2006.

Quantidade	945 unidades de saúde	3.033 profissionais	899 outros indivíduos
Controle de infecção	Necessidade de adequação das unidades de acordo com as normas de biossegurança (Anvisa)		
	Tratamento inadequado do lixo		
	Necessidade de aquisição de equipamentos, instrumentais, insumos e material de consumo		
	Necessidade de comprar equipamentos periféricos / autoclaves		
	Falta de disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados e em quantidade suficiente para as unidades		
	Não há garantia de uma política de aquisição de insumos		
	Necessidade de garantia de uso de equipamentos de proteção coletiva incluindo ao paciente		
	Falta de disponibilização de um local adequado e exclusivo para processamento dos artigos		
	Armazenamento inadequado de material estéril / Falta adoção de protocolo		
	Necessidade de elaboração do protocolo e fluxograma de atenção básica / referência e contra-referência (Linha do Cuidado)		
	Necessidade de adoção do protocolo sobre exposição a acidente ocupacional		
	Necessidade de capacitação em segurança do trabalho, riscos ocupacionais e prevenção de acidentes ocupacionais		
	Falta sensibilização dos profissionais sobre a importância da imunização / necessidade de garantir protocolo de imunização		
	Falta sensibilização dos responsáveis pelo processamento dos artigos / necessidade de capacitações específicas		

Quadro 2. Perfil dos profissionais (n = 3.033) incluídos no diagnóstico realizado nas unidades de saúde pesquisadas - Brasil, 2005/2006.

Perfil do profissional	Necessidade de capacitação em DST/HIV/AIDS
	Incapacidade de realizar biópsias
	Apresentam falhas na anamnese e exame físico
	Acham que sua Unidades Básicas de Saúde (UBS) não oferecem condições de atender HIV+
	Não podem garantir o estado sorológico de seu paciente
	Apresentam falhas na referência e contra-referência (Linha do Cuidado)
	Desatenção ou desconhecimento das normas de biossegurança / controle de infecção
	Apresentam resistência ao uso dos EPI / não usa corretamente
	Pessoal auxiliar sem capacitação para lavagem e esterilização de instrumentais

Quadro 3. Falhas na humanização percebidas pela equipe de saúde (n = 3.033) de acordo com o diagnóstico realizado nas unidades de saúde pesquisadas - Brasil, 2005/2006.

Humanização - equipe	Necessita divulgar ações da equipe
	Falta integração da equipe / necessidade de refletir práticas de atendimento
	Recepcionistas desmotivados para o acolhimento humanizado
	Ausência de planos de cargos, carreiras e salários (valorização profissional)

Quadro 4. Falhas na humanização percebidas pelos usuários (n = 899) de acordo com o diagnóstico realizado nas unidades de saúde pesquisadas - Brasil, 2005/2006.

Humanização - usuário	Necessidade de identificação da Equipe Odontológica
	Cronograma de atividade nem sempre é visível ao usuário
	Inexistência ou insipiência do controle social
	Há falhas na agilidade e adequação do agendamento
	Falta gerenciamento de agenda e fila (demanda espontânea) / Não existe monitoramento do tempo de espera
	Falta privacidade no atendimento do usuário

Diante dos diagnósticos obtidos, foram propostos os Projetos de Educação Permanente em Saúde Bucal para DST/Aids em cada estado, com várias intervenções sugeridas pelos facilitadores e monitores.

Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a qualificação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada. (Brasil, 2005b, p.13)

Os resultados alcançados: avanços e dificuldades

A odontologia há muito tempo ultrapassou os laços artesanais e artísticos e se consolida em bases científicas, buscando uma atuação social na área da saúde. A qualidade, em termos profissionais, depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional diante dos problemas da realidade social, em um movimento de ação e reflexão. (Secco, Pereira, 2004, p.118)

O desafio inicial deste projeto foi a adoção do referencial da Educação Permanente em Saúde como estratégia de formação para o SUS, superando as limitações tradicionais de desenvolvimento de ações e programas de saúde de caráter verticalizado e centralizado. Não foi tarefa fácil pensar e construir um processo de base local/regional, com objetivos nacionais, e destinado a organizar, na atenção básica em saúde bucal, uma rede de serviços odontológicos de forma integral e humanizada que respondesse às necessidades das pessoas vivendo com HIV/Aids. Considerando que este processo ainda está em andamento nos Estados e municípios, os dados e percepções aqui apresentados são prioritariamente produto do primeiro momento de estruturação nacional da estratégia proposta.

A estratégia de construção de um diagnóstico nacional do problema - considerando as necessidades e demandas dos serviços local/regionais e a participação efetiva dos profissionais e gestores na transformação das práticas e de reorganização da atenção básica em saúde bucal - mostrou-se inovadora nas ações do Programa Nacional de DST/Aids e da Saúde Bucal. No entanto, indicou também fragilidades na gestão das políticas envolvidas, particularmente de saúde bucal, com dificuldades de articulação entre as áreas para o desenvolvimento do projeto na sua etapa estadual, com base no trabalho dos profissionais cirurgiões-dentistas facilitadores locais.

A metodologia de escolha possibilitou a formação de uma rede nacional de 367 facilitadores e monitores, sendo 43 da região Norte, 37 da Centro-Oeste, 48 da Sul, 104 da Sudeste e 135 da região Nordeste.

A atuação destes profissionais como facilitadores de processos de mudança na atenção em saúde bucal indica todo o potencial transformador e estratégico da Educação Permanente em Saúde. De uma atitude passiva, resistente e pouco comprometida dos cirurgiões-dentistas, no início do processo de formação, foi-se desenvolvendo uma postura mais proativa e crítica, com o surgimento de novas competências e habilidades de comunicação, negociação e pactuação de propostas e soluções. Há relatos de mudança especialmente no ambiente de trabalho, quanto ao controle de infecção/biossegurança e nas questões relativas à estrutura do serviço, como, por exemplo, reformas das unidades de saúde e aquisição de equipamentos e materiais de consumo.

Adotar uma estratégia de educação que respondesse às demandas e necessidades de gestão, atenção e controle social mostrou-se acertada e indicou dificuldades, desde a sua compreensão, não só como referencial teórico, mas também como estratégia para construção de políticas intersetoriais em saúde. O pouco acúmulo de discussões e experiências de formação no trabalho, nas instituições de ensino e nos serviços envolvidos na gestão do projeto, demandou um conjunto de oficinas e reflexões que, ao longo do processo, foram aprofundadas com o debate, a vivência e a convivência dos diversos atores implicados. Um dos pontos da inovação apresentada foi a possibilidade de uma ação articulada e pactuada do Programa Nacional de DST/Aids e Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

Outro aspecto relevante do processo foi a articulação ensino-serviço, com construção de parcerias com as instituições de ensino públicas estaduais e federais nos Estados e Municípios, onde houve o envolvimento de departamentos e especialistas no processo de elaboração e adequação compartilhada do material didático, e nas discussões que auxiliaram nos diagnósticos e na elaboração, execução e monitoramento do processo. Nesse sentido, a parceria com a Universidade Federal de Goiás proporcionou a quatro facilitadores formação de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva.

A construção desta rede poderá contribuir na sustentabilidade da ação desenvolvida e no alcance dos objetivos propostos, o que remete necessariamente ao monitoramento e avaliação dos resultados alcançados neste processo em curso.

O monitoramento

Em qualquer projeto, acompanhamento e avaliação são imprescindíveis. Como a metodologia que permeou todo processo favorece e estimula o compartilhar saberes e ações, essa etapa também assim foi realizada. Um grupo de dez assessores elaborou, juntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, o instrumento de monitoramento. Cada um dos dez assessores é responsável por uma região ou Estado, conforme a complexidade, tamanho e distribuição da epidemia da Aids.

O objetivo desse monitoramento é acompanhar o desenvolvimento de outra etapa do processo, que são as ações desenvolvidas em cada região/Estado/município, pois estas estão ocorrendo em formas e tempos diferentes, conforme as condições locais.

Considerações finais

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho
(produtos e produtores das cenas, em ato),
os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam,
nos modificam, produzindo abalos em nosso 'ser sujeito',
colocando-nos em permanente produção.
O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais,
pessoas reais e equipes reais.
(Ceccim, 2005, p.167)

Ao caminhar na contramão do modelo hegemônico de formação, a população, os profissionais de saúde e os "instrutores" têm ganhado. Os processos ativos, que proporcionam trocas, realizam transformações, levam ao desenvolvimento e conduta propositiva do cirurgião-dentista do serviço público e proporcionam às pessoas a atenção de que necessitam, aumentam a autonomia dos sujeitos, criam responsabilidades e comprometimentos, desmistificam crenças e aumentam saberes.

A realização, pelo profissional, do diagnóstico de seu ambiente de trabalho e seu confrontar a realidade, pode ampliar seu olhar. As propostas de soluções pactuadas com a gestão criam força e são passíveis de serem concretizadas. As discussões sobre medos e preconceitos sobre o que é real e o que é fruto do desconhecimento, desmistificam e melhoram a relação entre cirurgiões-dentistas e usuários das ações e serviços de odontologia que vivem com HIV/Aids.

Como a Educação Permanente em Saúde é um processo, e não uma capacitação estanque, o "projeto de formação de cirurgiões-dentistas como facilitadores em Educação Permanente em Saúde na área de DST/HIV/Aids" não se encerra como mais um curso para profissionais de odontologia. O novo facilitador é promotor de mudanças.

A realização deste projeto buscou construir um processo de educação destinado a modificar e a reorientar a prática odontológica hegemônica, fortalecendo os processos de atenção e de gestão e as parcerias, garantindo a sustentabilidade das ações nos Estados e municípios.

No futuro, será possível avaliar mais concretamente, por meio do monitoramento, quanto efetivamente essa reorientação da prática ocorreu em cada Estado, quais foram as reais dificuldades e como essas foram solucionadas por facilitadores e monitores. Será possível, também, detectar os elementos facilitadores do processo.

Colaboradores

Os autores Maria de Fátima Nunes, Marcio Florentino Pereira, Renata Tôledo Alves e Cláudio Rodrigues Leles participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal**, 29 de jul a 1 de ago, 2004, Brasília. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **XII Conferência Nacional de Saúde Bucal: conferência Sérgio Arouca**, 7 a 11 de dez 2003. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2006.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião-dentista no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.2, p.8, 2000.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.373-83, 2002.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. 3.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.

SECCO, L.G.; PEREIRA, M.L.T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.113-20, 2004.

Relata-se a experiência do “Projeto de formação de cirurgiões-dentistas como facilitadores em Educação Permanente em Saúde na área de DST/HIV/Aids”, desenvolvido numa parceria do Programa Nacional de DST/Aids, Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, universidades públicas, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O objetivo do projeto foi qualificar cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde nos estados e municípios brasileiros para a atenção integral e humanizada às pessoas vivendo com HIV/Aids. A metodologia de escolha para a formação das equipes de facilitadores foi a Educação Permanente em Saúde por meio de cursos semi-presenciais com enfoque na problematização das realidades locais e profissionais. Buscou-se, assim, construir um processo de educação visando a modificar e a reorientar a prática odontológica hegemônica, fortalecendo os processos de atenção e de gestão e as parcerias, garantindo a sustentabilidade das ações nos estados e municípios.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Odontologia. Educação profissional em saúde pública.

The proposal of Permanent Health Care Education in capacitating dental surgeons to care for DST/HIV/Aids patients

This is a report on the experience of the “Project for training dental surgeons as facilitators in Permanent Health Care Education in the field of DST/HIV/Aids” developed through a partnership involving the National DST/Aids Program, the Technical Area of Oral Health of the Health Ministry, Public Universities, Municipal and State Secretaries of Health. The objective of the program was to capacitate dental surgeons of the public health network in Brazilian states and cities to provide integral and humanized attention to people living with HIV/Aids. The methodology of choice to train the teams of facilitators was Permanent Health Care Education conducted by means of courses traditional and long distance learning focused on the critical analysis of local and professional realities. Therefore it was an attempt to construct an educational process geared towards reorienting the hegemonic practice of dentistry, strengthening the processes of care and management and the partnerships, providing sustainability to the actions undertaken in the states and cities.

Key words: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Needs assessment. Dentistry. Public health professional education.

La propuesta de la Educación Permanente en Salud en la formación de cirujanos-dentistas en DST/HIV/Sida

Se relata la experiencia del “Proyecto de formación de cirujanos-dentistas como facilitadores en educación Permanente en Salud en el área de DST/HIV/Sida”, desarrollado en una asociación con el Programa Nacional de DST/Sida, Área Técnica de Salud Bucal del Ministerio de la Salud, universidades públicas, Secretarías Estatales y Municipales de Salud de Brasil. El objeto del proyecto ha sido el de calificar a cirujanos-dentistas de la red pública de salud en los estados y municipios brasileños para la atención integral y humanizada a las personas que viven con HIV/Sida. La metodología escogida para la formación de los equipos de facilitadores ha sido la Educación Permanente en Salud por medio de cursos semi-presenciales enfocados en la problematización de las realidades locales y profesionales. Se buscó así construir un proceso de educación visando modificar y re-orientar la práctica odontológica hegemónica, fortaleciendo los procesos de atención y de gestión y las asociaciones, garantizando el sustentamiento de las acciones en los estados y municipios.

Palabras clave: HIV. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Evaluación de necesidades. Odontología. Educación em salud pública profesional.

Recebido em 30/11/06. Aprovado em 16/01/08.

O amor nos tempos de Narciso

Izabel Cristina Rios¹

O amor fascina...

Ainda que o discurso da ciência e da política reserve à vida amorosa o espaço da norma e da ordem, na clandestinidade, o amor (e seus prazeres e ciladas) sobrevive intensamente nos entremeios dos lugares das responsabilidades sociais, depois (ou antes) dos estudos, da carreira profissional, da conquista de bens e da reprodução da família. O desejo amoroso se espalha e contamina qualquer ambiente, dando-lhe contornos eróticos ou amorosos – amizades, parcerias, paqueras, casos, namoros. O amor transborda os limites da vida privada e desliza nos interstícios da vida pública, com registro semelhante ao da sexualidade (Foucault, 1985), no seu sentido mais amplo: é parte essencial da vida humana, mas atua nos seus bastidores, nem por isso com pouca influência, ao contrário, com força intensa, poderosa, mas dissimulada.

Estamos nos referindo ao amor sensível e temporal, que para os filósofos e teólogos é o chamado amor cupiditas, uma forma de amor, durante séculos, considerada menor em relação ao amor caritas, eterno e acima das paixões terrenas.

Desde a Modernidade, o amor cupiditas passou a ser a expressão máxima da realização pessoal. Alicerce da felicidade individual e seus derivados: cumplicidade, parceria, segurança afetiva, solidariedade, constituição da família, prazer sexual acrescido de carinho e sentimento. Sua ascensão no mundo moderno, em parte, se deve ao que passou a ser o homem comum no mundo capitalista: força de trabalho e agente de consumo. À margem da racionalidade, que determina o pensamento dessa época, as emoções e sentimentos, sobrou o endereço particular das relações amorosas para o indivíduo experimentar sua natureza humana sensível (Costa, 1998).

Esse amor, também chamado de amor romântico, surge na história da humanidade como um produto cultural do retraimento do homem comum da malha social mais ampla. Em visão panorâmica, o amor romântico aparece como fenômeno social, junto com o individualismo, no conjunto de estratégias de organização da sociedade capitalista (Foucault, 1986). No espaço individual da produção da subjetividade, os processos do amor tornam-se fundamentais para a formação e manutenção da identidade (Costa, 1998).

¹ Médica. Centro de Desenvolvimento da Educação Médica "Professor Eduardo Marcondes", Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (CEDEM-FMUSP). Av. Dr. Arnaldo, 455 Cerqueira César São Paulo, SP 01.246-903 izarios@usp.br

O amor no divã

Na vida íntima das pessoas, o amor (ou sua falta) dirige escolhas, caminhos, tece destinos, faz a saúde, ou a consome. Freud dizia que a saúde é assegurada pela capacidade para o amor e o trabalho...

Para a Psicanálise (Freud, 1914), o amor é sentimento e ação de investimento de energia psíquica (libido) sobre um objeto. A ligação da libido com o objeto participa de (pelo menos) dois processos essenciais no psiquismo: a satisfação parcial do desejo (por exemplo, no prazer erótico do encontro sexual) e o contínuo trabalho psíquico de lapidação do eu na relação com o outro. O amor é fonte de prazer e alicerce da construção permanente da identidade. O seu fracasso pesa sobre essas duas condições básicas para o bem-estar psíquico humano.

Vejam os de perto... Desde o início da vida, o eu se constrói e se sustenta na relação com o outro que também é "criado" nessa relação (Green, 1988; Freud, 1914). Na fase do desenvolvimento psicosexual, que Freud chamou de narcisismo primário, o eu e o outro se constroem numa relação de espelhamento. O objeto amado é visto à imagem do eu e valorizado pela semelhança, no tipo de ligação amorosa chamada narcísica. Em um ambiente seguro e amoroso, na convivência com o adulto que cuida, alimenta e protege, a criança começa a perceber o outro como diferente e passa a sustentar seu valor não mais na semelhança, mas na relação intersubjetiva, no tipo de ligação amorosa chamada anaclítica. Os dois modos de amar se mantêm funcionais ao longo da vida, não havendo uma separação precisa e rígida entre um e outro, mas diferentes gradientes, tendências e inclinações.

De certa forma, toda escolha apaixonada de objeto de amor revela uma captura narcísica (Freud, 1914) – inconscientemente, vejo no outro o que eu sou, o que eu fui, o que eu gostaria de ser ou o que eu gostaria de possuir. Quem nunca encontrou, alguma vez na vida, aquela pessoa perfeita que faz o coração pular de alegria?

No desapaixonamento, com a queda dos ideais narcísicos projetados, o valor do objeto pode desabar. Quem nunca descobriu, algum tempo depois, que aquela pulsação toda não era mais que uma disritmia passageira?

A relação amorosa permanece depois de decantar a paixão, quando o eu consegue transpor o estado narcísico para o estado da alteridade e reconhecer no outro alguém para amar. Ou seja, o eu, suficientemente constituído e seguro da sua capacidade de transitar pelo campo relacional formado por subjetividades diferentes, consegue sustentar a relação com o outro e ainda se enriquecer pelo compartilhamento de idéias, afetos e experiências novas.

A constituição desse eu competente para o encontro intersubjetivo ocorre a partir da relação mãe-bebê (Winnicott, 1993) e, durante a vida, permanece em equilíbrio dinâmico com o ambiente cultural e as referências com as quais o eu mantém diálogo e espelhamento. O narcisismo é uma fase normal do desenvolvimento psíquico, fundamental para a constituição do eu e do lugar do outro em nossas vidas. As dificuldades no relacionamento intersubjetivo ocorrem quando, por algum motivo, a saída dessa fase fica comprometida ou, na vida adulta, o retorno a ela encapsula o eu em si mesmo, caracterizando um modo de subjetividade na qual não há legítimo valor e interesse pelo outro.

A experiência do encontro intersubjetivo e, mais ainda, do encontro amoroso, desejado e sonhado em verso e prosa, letra e música, depende de uma subjetividade construída nas bases de um eu que passou pela fase do narcisismo primário, dele saiu competente para a experiência da alteridade, e que se mantém e se reforça durante a vida em uma cultura que lhe ofereça modelos de sustentação da intersubjetividade.

Nos tempos atuais, é cada vez mais freqüente o sentimento e a queixa de dificuldades de relacionamento na vida das pessoas. Imaginando que por sorte, ou simplesmente por uma "certa normalidade" na infância, o sujeito tenha se desenvolvido bem, perguntamos: por que é tão difícil realizar o encontro amoroso?

A cultura da solidão

A cultura contemporânea, também chamada de Cultura Narcísica, Somática ou do Espetáculo (Costa, 2004), reproduz conceitos e práticas que não sustentam a alteridade, e constantemente devolvem o sujeito para o miolo de si mesmo quando este procura referências fora de si, na experiência coletiva. É por esta vereda que agora vamos deixar seguir nossas reflexões neste estudo.

Os tempos atuais a que nos referimos correspondem ao período que se inicia por volta da década de 30 do século XX até os dias de hoje, que, para alguns autores, é chamado de Época da Pós-modernidade (Lyotard, 2002; Anderson, 1999), e, para outros, Época Hipermoderna ou Supermoderna (Augé, 2005; Lipovetsky, 2004).

Para eles, a condição pós-moderna, ou hipermoderna, é fruto do desenvolvimento do capitalismo multinacional e dos fenômenos da globalização. Sua base material é a globalização econômica, a lógica do mercado e o neoliberalismo que solaparam os ideais utópicos, políticos, éticos e estéticos da Modernidade.

O antropólogo Marc Augé (Augé, 2005) diz que a principal característica dos tempos atuais não é o fim da modernidade, mas o excesso, a hipertrofia e a deformação, particularmente em três dimensões: o tempo, o espaço e o eu. A figura do excesso do eu surge do fracasso das grandes narrativas ideológicas que davam sentido ao coletivo humano. Na sua falta, faz-se necessário a produção individual de sentido para a existência. As pessoas, descrentes da política e das idéias revolucionárias que prometiam um mundo melhor, não se vêem mais como pertencentes a grandes coletivos sociais, mas sim a identidades particulares. A atuação na esfera pública não diz respeito às lutas de classe, mas, no máximo, às lutas pelos interesses de grupos (sexuais, raciais, culturais, religiosos etc), estando cada um mais voltado para si mesmo. O individualismo, que nasceu com o modernismo, na contemporaneidade faz sua apoteose narcísica (Costa, 2004).

Na falta de referências culturais que legitimem a experiência com o outro, enquanto diferente e desejável, o eu tem a si mesmo como objeto de amor e de sustentação da sua identidade. No estilo “Amar bastante a mim mesmo de modo a não precisar que ninguém me faça feliz” (Badinter apud Costa, 1998, p.143), vivemos em um mundo onde o encontro amoroso fracassa antes mesmo de se insinuar como tal porque as relações intersubjetivas estão em ruínas.

Na vida cotidiana, as pessoas se agrupam para trabalhar, para estudar, para ganhar dinheiro, para se divertir, para “ficar”. Mas, é o estar junto fisicamente que realiza o encontro intersubjetivo? Por exemplo, observemos pessoas em grupo, em um espaço público, um restaurante ou uma festa: falam demais, gesticulam, ocupam todo o espaço possível com uma presença ruidosa. Se prestarmos atenção, veremos que a maioria não escuta umas às outras, exceto o mínimo necessário para abrir espaço para a sua própria fala. Falta interesse legítimo pelo universo alheio. Falta disposição interna para escutar, refletir, construir junto um pensamento compartilhado, produto de um encontro. No cenário público, é cada vez mais freqüente o comportamento teatral, mais precisamente, televisivo. As pessoas agem como se fossem personagens de uma história que está sendo filmada – e não raramente estão mesmo sob as lentes de alguma câmera do sistema de segurança eletrônico – e deixam exhibir, na tela, a satisfação por aparecerem na TV, mesmo que em situações constrangedoras ou dolorosas.

O comportamento narcísico, que podemos ver em diversos cenários da vida pública e privada, ganha destaque nos meios de comunicação. Há pouco tempo, uma revista de grande circulação trazia matéria sobre as mulheres mais belas de São Paulo. No meio das declarações sobre segredos de beleza ou idéias a respeito de ser bela, encontramos uma pérola: uma das entrevistadas declarava que se não fosse bela, seria cantora lírica! Indignada, na semana seguinte, uma leitora respondeu que se tratava de um absurdo, porque havia (e citava nomes) cantoras líricas muito bonitas também! Não fosse cômico o duelo das duas titãs dos nossos tempos de Narciso, seria deprimente a exposição pública de um olhar e um pensar tão incapaz de ir além da aparência. Esse exemplo mostra também uma importante mudança do modo subjetivo do homem atual em relação ao homem moderno, a mudança da primazia do sentimento/pensamento para a sensação/corporeidade (Costa, 1998). As identidades no mundo contemporâneo se sustentam mais pelas imagens do que pela reflexão, mais pelo consumo que pelo cultivo.

O outro é colocado no papel de mero espectador, com a função de assistir a cena do eu, protagonista principal (seja lá do que for), admirar a sua “beleza” e, assim, proporcionar a ele o prazer da exibição. Ou então o outro é tratado como um dos bens de consumo do eu, com os quais ele sustenta sua identidade na linha do “você é o que você consome”.

O amor e o sexo não escaparam ao princípio consumista do mais querer, que produz o rápido esgotamento do que se tem. Acumulam-se casos e histórias como se acumulam coisas. E deles se descarta do mesmo jeito. Nessa lógica, é estimulado o exercício do sexo (seguro e em grande quantidade), com muita diversificação não só de parceiros, como de técnicas, acessórios e cenários. Subtrai-se o encontro amoroso e multiplica-se a ginástica sexual.

Em um mundo de pessoas voltadas para si mesmas, encantadas consigo mesmas, hipocondríacas, obcecadas por seus corpos e mergulhadas na fantasia do prazer constante, o amor é um sentimento fraco, de uma ligação frouxa com o outro. Não importa se é o outro simbólico, da ligação amorosa anaclítica, ou o outro especular, da ligação amorosa narcísica, porque, no primeiro caso, não se tolera a diferença, e, no segundo, a miragem rapidamente desvanece quando se percebe o engano. O modo de subjetivação que não transpõe o narcisismo no encontro intersubjetivo e, mais ainda, no encontro amoroso, tem marca registrada, nos tempos atuais.

A queixa comum é o sentir-se só, mesmo que acompanhado. Homens e mulheres se ressentem do egoísmo e da superficialidade nos relacionamentos. Para ambos, o amor romântico continua atraente e sucesso garantido nas novelas: idealizado, puro e completo. Se, na versão dos tempos modernos, significava desafio e esforço para o crescimento dos parceiros, nos tempos de Narciso é o amor perfeito, mágico, raro e, no mais das vezes, natimorto. No modo subjetivo contemporâneo, o encontro amoroso fica na fantasia: para ele se enfeita, a ele se exibem bens, nele não se entrega, dele se retrai desiludido. Afinal, se o amor de “boa qualidade”, o “amor de verdade”, não acontece rápido e fácil (como querem os tempos atuais), então, melhor ficar só. A solidão, que também é um estado psíquico necessário em muitos momentos da vida, neste caso torna-se um ideal de ser. O ser só, que se apóia no ideal de auto-suficiência (Birman, 2001), onipotente na ilusão de não precisar de ninguém além de si mesmo, adquire grande valor social entre nós.

O encapsulamento é um recurso de proteção contra o incômodo, a decepção, e o custo da relação intersubjetiva, que requer o exercício da tolerância, da reflexão, do diálogo, da autocrítica e do esforço para mudar... (que, só de pensar, dá canseira, imagine pôr em prática!).

Não que o legado do amor romântico moderno (Costa, 1998) seja algo a se preservar enquanto tal. O amor romântico fala de um encontro amoroso profundo até a raiz da alma, incompatível com a realidade da vida conjugal comum. Na prática, acaba fazendo a frustração das pessoas que querem alcançar êxito numa fórmula amorosa tão ideal quanto impossível... Mas, incrustar-se em si mesmo e manter a relação afetiva reduzida à superfície do contato psíquico, esperando que o fim da noite separe quem se encontra a seu lado na mesma cama - da qual se levanta com a legítima sensação de ter dormido com uma pessoa estranha, ou até inimiga -, não parece ser uma solução melhor.

Amar dá trabalho. E o ganho pode parecer pouco – especialmente quando se vive em um mundo como o nosso, que nos cobra a busca por um fictício estado prazeroso ininterrupto. O ganho, que não está previsto nessa conta que soma êxtases, é aquele que não se percebe de imediato: as transformações do eu na experiência da intersubjetividade. Como dito anteriormente, o eu não é um produto pronto e acabado na saída da primeira infância. O eu passa a vida se fazendo e refazendo nas relações com o mundo. A falta de relações intersubjetivas autênticas impossibilita experiências de vida que são imprescindíveis para a felicidade do eu. Ou seja, não nos bastamos, mesmo quando acreditamos que é melhor não gostar de ninguém para evitar sofrimento. Evitamos as dores de amores pelo outro e afundamos nas dores do vazio de si mesmo.

Claro que cada um de nós tem direito a escolher com qual dos males pretende levar sua existência. Parece que, atualmente, a segunda opção tem conquistado mais adeptos.

Amor, impossível amor...

Mário de Andrade definiu para sempre: amar é verbo intransitivo.

O amor atrai pela promessa do bem, mas cutuca uma ferida narcísica: expõe nossa carência, nossa falta em sermos completos como gostaríamos. Quando amamos, sofremos porque vemos no outro tudo o que nos falta e queremos. Sofremos porque temos medo de que o outro goste menos de nós e nos abandone, levando consigo uma parte nossa que nos desabita. Se não amamos, sofremos porque não temos com quem compartilhar o que temos. Se não somos amados, não adianta ter o que compartilhar. Goethe (2000, p.112) diz: "Ah, ninguém me poderá dar o amor, a alegria, o calor e o prazer, se tudo isso não estiver dentro de mim mesmo, e com um coração repleto de felicidade não poderei fazer feliz a outrem, se ele permanecer frio e sem forças diante de mim".

O amor nunca é calmo, manso e sereno, justamente porque se realiza na intersubjetividade, espaço de encontro e desencontro de esperanças e desejos.

Diante da dificuldade dos encontros intersubjetivos e, mais precisamente, dos amorosos - nos quais, de fato, duas pessoas se permitem conhecer uma à outra, se interessar de verdade por universos pessoais distintos, dos quais possam emergir deixando lá algo de si, trazendo cá algo do outro -, fica uma questão e um desafio. Se os valores da nossa cultura atual estão na base dessa contínua construção/ reconstrução de sujeitos superficiais e enfraquecidos, sem a verve necessária para esse experimento humano essencial e profundo, como plantar em si "*o amor, a alegria, o calor e o prazer*" e experimentar a arte de amar?

Será que, diante do que temos, precisaremos nos contentar com o final "enfim só", depois do shopping, da pizza com coca-cola na frente do computador ou do plasma da TV, e um comprimido de antidepressivo, duas vezes ao dia?

Referências

- ANDERSON, P. **As origens da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- AUGÉ, M. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papyrus, 2005.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- _____. **Sem fraude, nem favor**: sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- _____. **História da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1914. (Edição Standard Brasileira, v.14).
- GOETHE, J.W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1998.
- LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.
- LYOTARD, J.F. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 2002.
- WINNICOTT, D.W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

O presente artigo discute a dificuldade do encontro amoroso nos tempos atuais. Parte da leitura psicanalítica sobre as origens dos modos de amar na fase do desenvolvimento psicosexual chamada narcisismo primário, na qual o eu e o outro se constroem dentro de um contexto cultural. Ao longo da vida, a identidade continua sendo modelada pela interação do eu com o mundo em que vive. Do estudo de alguns aspectos do mundo atual, desenvolve a idéia de que a cultura contemporânea apresenta valores e modelos que não sustentam as relações intersubjetivas porque estimulam o modo narcísico de subjetivação. Valores como individualismo, consumismo, culto ao corpo e à imagem, produzem comportamentos que revelam a supremacia do eu. No mundo atual, cada um está voltado para si mesmo, e o outro, como alguém diferente do eu, não é desejável. Essa posição subjetiva impede o autêntico encontro amoroso e sua sobrevivência.

Palavras-chave: Amor. Narcisismo. Subjetividade. Psicanálise. Cultura.

Love in the time of Narcissus

This paper discusses the difficulty of amorous encounters nowadays. It starts from a psychoanalytic reading of the origins of types of love within the psychosexual development phase known as primary narcissism. In this, the self and the other are constructed within a cultural context. Over the course of life, identity continues to be shaped by the interaction between the self and the surrounding world. From studying some aspects of the present-day world, the idea developed is that contemporary culture has values and models that do not support interpersonal relationships because they stimulate a narcissistic manner of subjectivation. Values such as individualism, consumerism and cult of the body and image produce behavior that demonstrates the supremacy of the self. In the present-day world, everyone is engrossed in himself or herself, and the other, as somebody different from the self, is undesirable. This subjective position impedes authentic amorous encounters and their survival.

Key words: Love. Narcissism. Subjectivity. Psychoanalysis. Culture.

El amor en los tempos de Narciso

El presente artículo discute la dificultad del encuentro amoroso en los tiempos actuales. Parte de la lectura psicoanalítica sobre los orígenes de los modos de amar en la fase del desarrollo psico-sexual llamada narcisismo primario en la cual el yo y el otro se construyen dentro de un contexto cultural. A lo largo de la vida, la identidad continúa siendo modelada por la interacción del yo con el mundo en que vive. Del estudio de algunos aspectos del mundo actual desarrolla la idea de que la cultura contemporánea presenta valores y modelos que no sustentan las relaciones inter-subjetivas porque estimulan el modo narcisista de subjetividad. Valores como individualismo, consumismo, culto al cuerpo y a la imagen producen comportamientos que revelan la supremacía del yo. En el mundo actual, cada uno se vuelve para si mismo y el otro, como alguien diferente del yo, no es deseable. Esta posición subjetiva impide el auténtico encuentro amoroso y su sobrevivencia.

Palabras clave: Amor. Narcisismo. Subjetividad. Psicoanálisis. Cultura.

Recebido em 19/04/07. Aprovado em 14/03/08.

O Homem Elefante:

reflexões sobre saúde, doença e anormalidade

Stela Nazareth Meneghel¹

A exibição do filme *O Homem Elefante* faz parte de uma atividade de extensão chamada Cinema e Saúde Coletiva, a segunda mostra de filmes comentados realizada na Universidade do Vale do Rio dos Sinos em 2007, focalizando o tema do cuidado na atenção à saúde (www.unisinos.br/ihu). Atualmente, a busca de cuidado tem sido apontada como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira, e constitui um dos eixos da política de humanização proposta pelo Ministério da Saúde. Este tema nos motivou a escolher uma amostra de filmes que, de algum modo, enfocam o cuidado. Cuidado entendido não apenas como um procedimento técnico, mas como uma ação integral, que compreende a saúde como direito pleno. Neste sentido, inclui o tratar, o respeitar, o acolher, o atender as pessoas em seu sofrimento, que, em grande medida, resulta da fragilidade social. Neste ciclo de cinema o fio condutor é o cuidado, quer seja individual, quer seja em relação a grupos, quer seja em relação ao ambiente e à natureza.

Entre os filmes selecionados, apresentamos situações de cuidado familiar (*Gilbert Grape - aprendiz de sonhador*, *Mar Adentro*), de ruptura com os paradigmas dominantes e biomédicos (*Óleo de Lorenzo*), de práticas de acolhimento e escuta não julgadora (*Os últimos passos de um homem*), da potência das narrativas (*Paciente inglês*), do cuidado em situações limites (*O homem elefante*, *Gritos e sussurros*). Também aparecem situações de não cuidado, de limitações/impotência, já que o cuidado pode tanto oprimir quanto libertar (*O que terá acontecido com Baby Jane?*). Para discutir o cuidado como dispositivo de políticas públicas de saúde e refletir sobre o Sistema Único de Saúde, escolhemos o filme *Invasões Bárbaras*, e para abordar a dimensão ecológica e ambiental do cuidado, selecionamos o filme tailandês *O Rio*.

Entendemos que esta iniciativa ajuda a aproximar a saúde coletiva de outros campos disciplinares e experimentar outras linguagens que podem contribuir na construção do cuidado integral para a população brasileira.

O filme de David Lynch, realizado em 1980, conta a história de John Merrick, inglês portador de uma doença que produzia extensas deformações e que teve sua vida descrita nas memórias do médico Frederick Treves. Salienta-se o fato de que o médico, em suas memórias, teve o cuidado de substituir o nome verdadeiro do paciente - Joseph - por John, possivelmente pensando em mantê-lo no anonimato.

O protagonista da história apresentava um quadro clínico progressivo que incluía macrocefalia, crescimentos ósseos que conferiam um aspecto disforme ao rosto, o

¹ Médica sanitária.
Programa de
Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Universidade do
Vale do Rio dos Sinos.
Av. Unisinos, 950
São Leopoldo, RS
93.022-000
meneghel@unisinos.br

que pode ter levado a chamarem-no, depreciativamente, de homem-elefante. O peso excessivo da cabeça fazia com que ele precisasse dormir recostado, sob pena de asfixiar-se. Apresentava um dos lados do corpo hipertrofiado, um dos braços inutilizado, os pés aumentados de tamanho e o corpo recoberto por papilomas. Durante muito tempo pensou-se que a doença era neurofibromatose, mas, em 1996, exames radiológicos do esqueleto de Merrick, preservado no Royal London Hospital, revelaram que a doença era a Síndrome de Proteu, uma doença hereditária, descoberta em 1979.

O uso da imagem do elefante, para designar o paciente, possivelmente se deva ao caráter de exotismo ligado ao animal, embora também esteja associado à força. Os elefantes abrem o filme de Linch em uma cena de grande impacto, em que pisoteiam uma mulher grávida, presumivelmente a mãe do paciente no 4º mês de gestação. Segundo alguns críticos, esta cena é característica do estilo peculiar de Linch, um diretor ligado às artes plásticas e a explorações estéticas nem sempre aceitas pelo público, e que trouxe para o filme, que tem um tom quase documental, um toque de surrealismo, de imagens intencionalmente distorcidas, onde se mesclam o real e o fantástico.

O filme se passa no século XIX, em uma Londres tipicamente vitoriana. A trama é intencionalmente filmada em preto-e-branco, com cenas de contraste, sombra e luz, claro e escuro, som e silêncio, lembrando as obras do impressionismo alemão. Uma cidade envolta em nevoeiro, sombras e vazamentos de esgoto, silhuetas enegrecidas de fábricas, chaminés expelindo fumaça, uma legião de miseráveis vivendo em condições de aglomeração e miséria. Na época, a região próxima ao London Hospital, onde se passa o drama, era muito populosa, abrigando uma população de mais de seiscentos mil habitantes, pobres, imigrantes, muitos vindos da Europa Central. O diretor constrói um retrato das precárias condições de vida, trabalho, habitação, saneamento, higiene e saúde da população trabalhadora. A elevada prevalência de acidentes laborais ocasionados pelas máquinas rudimentares da época aparece em vários momentos: na sala cirúrgica onde um acidentado sofre um tratamento quase caseiro, na cena em que operários operam máquinas como figuras mitológicas, presos num inferno sem saída. O tempo mítico, do imaginal, do inconsciente é pautado pelas nuvens de fumaça (branca, cinza e preta), ao passo que o tempo científico, cartesiano, racional é marcado pelas tomadas de relógios.

Nesse cenário de miséria e exploração, o jovem John Merrick é exibido como uma aberração em uma espécie de *Freak Show*, onde compartilha espaço com outros horrores: a mulher barbada, o homem cobra, as gêmeas siamesas. Bêbados, mendigos, charlatães e exploradores da miséria alheia. Diversões em que se ri do mais fraco, do mais miserável, do feio, do grotesco, do aberrante. A desventura de ser, além de pobre, diferente.

Na realidade, sabe-se que John Merrick tinha um controle maior sobre sua vida, e que ele próprio decidiu expor sua doença e ganhar algum dinheiro com isso. No filme, a exibição circense inicia com o anúncio da atração principal dos *Frutos do pecado original*, dando ênfase para o Homem Elefante, um ser humano quase uma besta. Na época, a explicação para as causas de deformidades muitas vezes relacionava-se a transgressões cometidas pelos afetados ou seus genitores. Desse modo, John Merrick era considerado um monstro, cuja duplicidade evocava uma mistura de dois reinos - o animal e o humano.

A idéia da doença como monstruosidade remete aos estudos de Foucault (2002, 1996, 1979), que buscou, na arqueologia dos saberes, o padrão de como se estruturam essas concepções. Os monstros fazem parte do estranho e fabuloso bestiário medieval, mas permanecem no imaginário da população e na literatura médica, até o século XIX. A noção de monstro origina-se no direito romano, onde havia, pelo menos, duas categorias: a doença (deformidade, defeito), e a do monstro propriamente dito. Nesta tradição ao mesmo tempo jurídica e científica, o monstro constituía a mistura de duas espécies. A figura de um ser metade homem, metade animal (privilegiada na Idade Média), as individualidades duplas, como os irmãos siameses (valorizadas no Renascimento), os hermafroditas (que foram perseguidos e penalizados) representam historicamente as figuras arquetípicas dessa dupla infração. A monstruosidade representa uma transgressão dos limites naturais, podendo ser atribuída a infrações, ultrapassando os limites da lei civil, religiosa ou divina.

Cada cultura define quais sofrimentos, anomalias, desvios, perturbações funcionais, transtornos de conduta, vão corresponder à esfera de abrangência das práticas e intervenções médicas, não existindo um campo que pertença de modo universal à medicina. A idéia de anomalia se estabeleceu no século XIX, mediante os conceitos de normal e de patológico, originada de três figuras, nas quais está colocada a questão da diferença e da anormalidade. Essas três figuras são: a do monstro, a do incorrigível e a do

onanista. Figuras que, ao longo do tempo, vão se mesclando, se superpondo, e inclusive ficando mais amenas. O grande bicho-papão, que vem da Idade Média, vai se tornar, no século XIX, um conjunto de pequenos seres, homúnculos, diabretes, transgressores responsáveis pelas neuroses individuais, fazendo parte do inconsciente de cada ser humano. O campo de aparecimento do monstro é um domínio, que se pode dizer “jurídico-biológico”, mas, ao mesmo tempo em que o monstro infringe a lei, ele não deflagra, por parte da lei, uma resposta legal, mas sim uma busca de cuidados médicos. Neste momento, aparece a medicina como tecnologia de cuidado e chamada a decidir sobre a “anormalidade” ou a “periculosidade” dos atos humanos.

O monstro é de certa maneira, a forma espontânea, a forma brutal, a forma natural da contranatureza. É o modelo ampliado, a forma desenvolvida pelos próprios jogos da natureza de todas as pequenas irregularidades possíveis. Neste sentido, podemos dizer que ele é o modelo de todas as pequenas discrepâncias. É o princípio da inteligibilidade de todas as formas – que circulam em forma de moeda miúda – da anomalia. Descobrir qual o fundo de monstruosidade que existe por trás das pequenas anomalias, dos pequenos desvios, das pequenas irregularidades é o problema que vamos encontrar ao longo de todo o século XIX. O monstro é, paradoxalmente, apesar da posição limite que ocupa, embora seja ao mesmo tempo o impossível e o proibido – um princípio de inteligibilidade. No entanto esta inteligibilidade é tautológica, pois é precisamente uma propriedade do monstro afirmar-se como monstro, explicar em si mesmo todos os desvios que podem derivar dele, mas ser em si mesmo ininteligível. (Foucault, 2002, p.70)

Dessa maneira, a idéia de monstro humano vai se encontrar presente desde o século XVIII, em toda a problemática da anomalia e em todas as técnicas judiciárias e médicas que são construídas para lidar com a questão, configurando a anormalidade como uma espécie de monstruosidade atenuada. Uma anormalidade, que de modo diferente à situação de excepcionalidade do monstro, constitui uma situação freqüente, cotidiana, corriqueira. Uma anormalidade que necessita de correção e que vai suscitar toda uma gama de tecnologias de reeducação e servir de suporte a todas as instituições específicas para anormais que se desenvolvem no século XIX: o hospício, o presídio, o reformatório.

No filme, o homem elefante desperta o interesse de um médico, que o leva para o Royal London Hospital. Dr. Treves, um cirurgião e anatomista da época, ao encontrar o “homem elefante” em um circo de arrabaldes, fica fascinado com a possibilidade de estudar a doença. No hospital ele vai ser examinado e apresentado à sociedade científica como um caso clínico raro. O médico monta um espetáculo para apresentar o paciente para a comunidade médica do hospital que se parece com um show científico: as cortinas do circo são substituídas por um biombo através do qual se observa a silhueta do homem, auxiliada por um foco de luz teatral que reforça os aspectos bizarros e disformes da doença. Em vez do anúncio do agenciador circence, o médico faz a apresentação descrevendo os achados clínicos, enumerando-os e expondo o caso, em que a concepção de monstruosidade é substituída pela de patologia. A ênfase não é no homem, e sim, na doença que, quanto mais inusitada, aberrante ou anormal, proporcionará maior curiosidade e interesse do público médico. O século XIX é o momento da medicalização definitiva da monstruosidade.

A medicina do século XIX estabeleceu as normas do normal e do patológico, acreditou conhecer aquilo que em todos os lugares e tempos deveria ser considerado como doença, acreditou poder diagnosticar retrospectivamente tudo o que seria discernido como patológico, mesmo se lhe tivesse sido conferido uma outra característica. (Foucault, 1996, p.21)

Em síntese, para cada sociedade ou período histórico, a doença corresponde a tudo aquilo que se encontra teórica ou praticamente medicalizado.

Outro aspecto a mencionar é o do London Hospital, onde o paciente é examinado, tratado e apresentado à comunidade científica. O London Hospital que o filme retrata já possui várias características do hospital moderno. Na Idade Média e até o século XVIII, o hospital não era um local onde se exercia a medicina, e sim um depósito de mendicância onde as pessoas eram recolhidas para

morrer. A medicina era individualista e os melhores médicos, aqueles que haviam conseguido algumas curas espetaculares, não eram médicos de hospitais. Ao hospital eram chamados os piores médicos, muitas vezes apenas para configurar o ritual da visita. No século XVIII ocorre o grande projeto de reforma do hospital e, para isso, ele foi completamente remodelado, limpo e higienizado, espantando os miasmas fétidos que obscureciam sua reputação. O projeto que permite este acontecimento é o projeto disciplinador, que ocorre em grande escala nesse momento histórico, e atua não apenas no hospital, mas em várias outras instituições sociais: o exército, a escola, a fábrica. A disciplina é uma arte da distribuição espacial dos indivíduos, uma técnica de poder que implica uma vigilância constante dos indivíduos e supõe um registro contínuo. No hospital, esta política está representada no controle diário dos doentes, nos rituais de visita, de alimentação e aferição de sinais vitais, no controle da circulação das pessoas, dos materiais, alimentos e medicações. Trata-se do poder de individualização baseado no exame, que consiste na vigilância permanente, permitindo a classificação, distribuição e aproveitamento máximo dos indivíduos.

A formação de uma medicina hospitalar deveu-se a dois fatores. Um deles foi a disciplinarização do espaço hospitalar e o outro a transformação do saber e da prática médica, que se volta para uma intervenção dirigida ao ambiente. A partir desse momento, o médico passa a desempenhar um papel central manifesto no ritual de visita. "Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos dos hospitais do século XVIII, em que diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar à porta com um caderno nas mãos e assim por diante", conta Foucault (1979, p.110) em *O Nascimento do Hospital*. Além disso, havia toda uma preocupação com a distribuição dos espaços, suprimindo o leito dormitório do hospital medieval, onde dormiam muitas pessoas em cada cama, e intervindo sobre as condições que cercam o doente e que podem ser gerenciadas no sentido de modificar os fatores ambientais.

A questão do cuidado atravessa o filme e suscita uma série de interrogações: quem cuida de quem, que efeitos – ou para-efeitos - o cuidado produz, quais as relações entre cura e cuidado. Atualmente, o cuidado tem sido pensado como ato de assistência, de apoio, ou facilitação para outra pessoa ou grupo, com o objetivo de melhorar sua condição humana ou modo de vida. Segundo Pinheiro e Guizardi (2004), o cuidado integral é também entendido como "entre-relações" de pessoas, ou seja, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo. Assim, a integralidade é um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes, e constituído por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a criarem novos arranjos sociais e institucionais em saúde.

O termo cuidado é polissêmico; os pensadores gregos usavam a palavra *epimeléia* para designar cuidado - atitude de consideração e ação, conhecimento e afeto. O cuidado integral envolve quatro dimensões: a compaixão, o ajudar na autonomia do sujeito a ser cuidado, o compartilhar da dor e o disponibilizar à pessoa os recursos disponíveis para enfrentar a situação de doença.

O cuidado na dimensão de integralidade leva a pensar algumas atitudes dos personagens do filme, desde o charlatão - Mr. Bytes - que se jacta ("eu cuido dele", "meu tesouro"), para o homem que explora, alimenta com batatas, espanca e trancafia em uma jaula quando está descontente. Os atos concretos do cuidar são reivindicados pela enfermeira-chefe (Motherhead), que pontua: "eu o banhei, limpei e alimentei, e minhas enfermeiras também". Sem dúvida, as práticas de enfermagem, área da saúde que tem o cuidado como um dos seus pilares de atuação, estão representadas na figura da enfermeira chefe e no contingente de cuidadoras sob suas ordens, cujos uniformes são uma cópia fiel da época. O médico, por sua vez, enuncia, em resposta ao questionamento do doente: "posso cuidar de você, mas não posso curá-lo".

Outra situação que incita a reflexão sobre o cuidado é a da relação entre John Merrick e Marge Kendal, uma atriz de teatro, bastante popular na época. Ela descobre o paciente por meio de uma notícia de jornal, visita-o no hospital, leva-lhe presentes e se torna sua amiga. Também atua como figura importante na busca de recursos entre a nobreza londrina para a manutenção do doente no hospital. Estaria proporcionando cuidado quando eles recitam um excerto de Romeu e Julieta e ela diz: "Você não é o Homem Elefante... Você é Romeu!"? Ou quando convida Merrick para ir ao teatro pela primeira vez? Evidentemente, a atriz é reconhecida e ovacionada pelo público por conta de sua ação filantrópica. De qualquer modo, tanto ela quanto o médico contribuem para dar uma vida mais confortável e digna a

John Merrick. Mesmo tendo ajudado o paciente, o médico não escapa de enfrentar um dilema ético, expresso pelo questionamento: "sou bom ou mau?". Estaria realmente cuidando de John Merrick, ou, à semelhança do charlatão que o explorava no circo, estaria exibindo-o em uma outra espécie de circo, do qual faziam parte a alta burguesia londrina e os doutores da cúpula médica da cidade?

A doença, dizem Torralba i Roselló (1998), oferece uma via para que o doente manifeste sua mais completa nudez e transparência, convertendo-o em um ser mais vulnerável do ponto de vista social. No rosto do homem doente é possível detectar sua nudez, seu desamparo e seu desejo de atenção. Assim: "o rosto se apresentará nu. A nudez é rosto". O olhar do homem doente é um olhar cheio de significado, porém só pode notar quem se mostra receptivo à sua dor. "Esse olhar é precisamente a epifania do rosto. A nudez do rosto é indignância". No meu entender, o cuidado dispensado a John Merrick, possibilitou que ele expusesse o próprio rosto e pudesse prescindir da capa e da máscara, que usava como um escudo de proteção durante sua vida no circo. Sem dúvida, a experiência da troca de olhares, do receber um nome e do reconhecimento humanizou o doente e o cuidador. A autopercepção de Merrick, ao dizer, para a multidão que o acossa na estação de trens de Londres, "Eu não sou um elefante. Eu sou um ser humano. Eu... sou... um... homem!", atesta a sua cura.

O paciente constrói uma maquete da catedral de Sant Phillips, divisada da janela do quarto no London Hospital - metáfora da construção de sua humanidade - e se permite dormir recostado, para morrer, enfim, como um ser humano.

O filme é uma parábola sobre o preconceito social diante do estranho e da doença vista como aberração, anomalia, anormalidade. O diferente que incita espanto e repulsa, por parte tanto de pobres quanto de ricos, em busca de atrações bizarras. Um filme sobre os processos de exclusão baseados na diferença, na doença como estigma. O Homem Elefante é uma exploração sobre as fronteiras entre normal/anormal e a forma como a diferença é tratada. Focaliza o *voyerismo*, que se mantém nos tempos atuais, cada vez mais cultivado nos *freak shows* midiáticos explorados até a náusea pelos meios de comunicação social. Alerta para a necessidade de se problematizar, por um lado, a diferença enquanto traço integrante dos seres humanos, e, por outro, a ética dos atores e instituições sociais para tratar com esta diferença.

Os versos seguintes, da autoria de Merrick, falam por si só:

É verdade que a minha forma é um tanto estranha/ Mas culpar-me seria culpar a Deus/
Pudesse eu criar a mim mesmo novamente/Eu não falharia em agradecer a você./Se eu pudesse
alcançar de um pólo a outro/Ou estender a palma da minha mão sobre o oceano/Ainda assim
eu seria medido pela alma;/o espírito é a medida do homem. (Marsden, 2007)

Referências

- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- _____. **La vida de los hombre infames**. Buenos Aires: Caronte Ensayos, 1996.
- _____. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-112.
- LYNCH, D. **O Homem Elefante**. EUA: Brookfilms Inc, 1980. (118 min).
- MARSDEN, P. The Elephant Man. 2007. Disponível em: <www.zoraskingdom.freemove.co.uk/elintro.htm>. Acesso em: 30 mar. 2007.
- MENEGHEL, S.N. Entrevista sobre o filme O Homem Elefante. **IHU**, v.7, p.39-41, 2007. Disponível em: <http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_eventos&Itemid=26&task=evento&id=73&id_edicao=233>. Acesso em: 27 mar. 2007.
- PEREIRA, B. **Comentários sobre o Homem Elefante**, 2007. Disponível em: <www.rascunho.net/critica.asp?id=1049>. Acesso em: 30 mar. 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.21-36.

TORRALBA I ROSELLÓ, F. **Antropología del cuidar**. Barcelona: Institut Borja de Bioética/ Fundación MAPFRE Medicina, 1998.

Este é um ensaio sobre o filme o Homem Elefante (David Lynch, 1980), escrito para uma atividade de extensão sobre Cinema e Saúde Coletiva realizada na Unisinos (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil). Busca contribuir para o debate sobre saúde, doença e anormalidade. O filme narra a história de um homem, na Inglaterra vitoriana, acometido de uma doença que produzia extensas deformidades físicas e que o levou a ser exibido em um circo como uma aberração. A discussão, inspirada em Foucault, aborda três questões principais: o conceito de anormalidade que se consolida no campo da medicina durante o século XIX, definindo os limites para a saúde/doença; a transformação do hospital em espaço normatizado de cura; e o cuidado como prática de caráter ético e político.

Palavras-chave: Cuidado. Normalidade. Anormalidades. Cinema. Saúde pública.

The Elephant Man: reflections on health, disease and abnormality

This essay, about the film *The Elephant Man* (David Lynch, 1980), was written for a continuing education activity on Cinema and Collective Health at Unisinos (University of the Sinos River Valley, São Leopoldo, Brazil). It attempts to contribute towards the debate on health, disease and abnormality. The film, set in Victorian England, is the story of a man affected by a disease that caused extensive physical deformities, which caused him to be exhibited at circuses as a freak. The discussion, inspired by Foucault, covers three main issues: the concept of abnormality that became consolidated within the field of Medicine during the nineteenth century, thereby defining the boundary between health and disease; the transformation of hospitals into standardized healing spaces; and care as a practice of ethical and political nature.

Key words: Care. Normality. Abnormalities. Motion pictures. Public health.

El Hombre Elefante: reflexiones sobre salud, enfermedad y anormalidad

Este es un ensayo sobre al film El Hombre Elefante (David Lynch, 1980) escrito para una actividad de extensión sobre Cine y Salud Colectiva realizada en la Unisinos (Universidad del Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil) Busca contribuir para el historia de un hombre, enfermedad y anormalida. El fim narra la historia de un hombre, en la Inglaterra victoriana, acometido de una enfermedad que producía extensas deformidades físicas que lo llevó a ser exhibido en un circo como una aberración. La discusión, inspirada en Foucault, aborda tres cuestiones principales: el concepto de anormalidad que se consolida en el campo de la medicina durante el siglo XIX, definiendo los límites para la salud/enfermedad; la transformación del hospital en espacio normalizado de cura: y el cuidado como práctica de carácter ético y político.

Palabras clave: Cuidado. Normalidad. Anomalías. Cine. Salud pública.

Recebido em 19/04/07. Aprovado em 14/03/08.

Dengue:

educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras

Maria Ligia Rangel-S¹

Introdução

O propósito deste texto é colocar em evidência alguns problemas relativos às práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias no controle do dengue, para subsidiar o debate deste tema no contexto do I Fórum de Ciência e Tecnologia sobre Dengue, o qual interroga sobre inovações necessárias e possíveis no controle do dengue.

Para desenvolver essa reflexão, consideramos fundamental apresentar alguns dos pressupostos que a fundamentam, para, em seguida, refletirmos sobre os problemas.

Partimos primeiro da palavra comunicação, que tem origem no latim, na palavra *communicatio*, que, ao ser decomposta nos termos *co*, que significa simultaneidade, reunião; *munis*, que significa estar encarregado de; e *tio*, relacionado a atividade, nos remete ao entendimento da comunicação como uma atividade realizada conjuntamente, com a intenção de romper o isolamento e, portanto, como produto do encontro social.

Se a comunicação, enquanto tal, é uma condição humana vinculada à linguagem e constitutiva do processo de hominização, é também uma ação humana que assume grandes complexidades que caracterizam a cultura contemporânea, em função da crescente incorporação tecnológica, da multiplicidade de mediações entre emissores-receptores e da diversificação de fluxos da informação, como observado por Castells (2003) e outros.

Assim, vinculam-se a esse significante os termos troca, interação, intersubjetividade, diálogo, expressão, configurando-se a comunicação com múltiplas dimensões, que vão desde sua condição fisiológica, que envolve a audição, as sensações, a visão, para alcançar as dimensões afetiva, cognitiva, sociocultural e tecnológica. O advento das tecnologias de comunicação fez as mensagens circularem com grande velocidade e com fluxos multidirecionais entre múltiplos emissores e receptores (Castells, 2003). A comunicação em saúde envolve então, em suas múltiplas dimensões, a circulação de informações e conhecimentos em saúde oriundos de inúmeras fontes, em uma sociedade complexa. Participam desses processos de emissão e recepção de mensagens: os meios de comunicação massivos (tv, jornais, revistas), a família, as empresas, os

¹ Médica sanitária.
Instituto de Saúde
Coletiva, Universidade
Federal da Bahia, ISC/
UFBA. Rua Basílio da
Gama, s/n - Canela
Salvador, BA. 40.150-380
lirangel@ufba.br

sistemas de saúde, os vizinhos, instituições religiosas, os colegas, os sindicatos, a medicina privada, a internet.

Os processos de educação nessa sociedade também se tornaram mais complexos, em virtude do excesso de saberes circulantes, de modo que a interatividade e o diálogo se impõem como uma necessidade no processo de significação social para os numerosos signos circulantes, ganhando a educação, cada vez mais, o estatuto de um processo de construção e compartilhamento de conhecimentos, os quais se produzem e se reproduzem em diversas esferas da vida social, em um processo dinâmico das interações sociais, por meio da linguagem.

Então, a comunicação e educação hoje são entendidas não mais de forma unidirecional, como transmissão/difusão de conhecimentos e informações entre um emissor e um receptor, mas como circulação e significação de signos entre múltiplos emissores/receptores de mensagens. Somos todos emissores/produtores e, simultaneamente, receptores ativos, capazes de interpretar mensagens. Assim, em um modelo teórico da comunicação, de uma abordagem compreensiva, esta passa a ser entendida como circulação de signos na dinâmica da vida e da interação humana, configurando redes sociais e técnicas de saberes construídos e compartilhados coletivamente.

Saberes e informações são, portanto, signos em interação circulando no tecido social, em um processo permanente e dinâmico de atribuição de sentidos mediado por elementos da cultura, dando lugar a momentos de negociação e disputa de sentidos para os signos circulantes. No trabalho de comunicação e educação de um programa de controle do dengue poderíamos, então, interrogar: que sentidos/significados circulam sobre o dengue na sociedade? Que valores sobre o dengue e suas formas de prevenção circulam em uma cidade, um bairro ou um território?

Sabemos que os saberes/representações sociais estão em permanente conversação/diálogos (Rabinow, 1999), e enquanto práticas sociais, no processo ativo de conversação, constituem a realidade social, mediados pelas experiências da vida cotidiana. Originam-se daí formas de percepção e ação organizadas pela cultura, gerando novos saberes e novas práticas sociais em contextos particulares. Se saberes e significados de saúde e de doença resultam da experiência humana nos processos concretos da vida cotidiana (Bibeau, Corin, 1995) e são signos que ganham significados na vida cotidiana com base na experiência histórica e social, podemos também interrogar: como a saúde e a doença afetam a experiência de vida cotidiana? Como populações afetadas pelo dengue percebem o ambiente e como o processo de adoecimento nessa população afeta a percepção dos sujeitos sobre o mesmo? Como a cultura organiza a experiência social em dengue? Como a cultura modifica a comunicação e a educação em dengue?

Mas, quando falamos em cultura, não nos referimos aos níveis ou graus de cultura/conhecimentos, em ter ou não ter cultura/conhecimento, mas estamos nos referindo a um sistema público de signos no qual todo ser humano está enredado (Geertz, 1978). Temos, então, um sistema complexo de signos e significados públicos, que não estão alojados na mente das pessoas, mas nas relações/interações sociais e, portanto, circulam nos contextos onde estão inseridos muitos outros textos (Casal, 1996). Assim, nas atividades de comunicação, educação e mobilização social em saúde, estamos permanentemente operando com muitos signos que são formas culturais de produção/reprodução simbólica, mediadas pela linguagem, seja por meio de tecnologias de comunicação, seja por valores ou crenças que conformam os modos culturais de perceber/identificar, seja ainda por relações de gênero e de poder, por valores sociais do corpo/ambiente, por classe/lugar social, por idade/experiência de vida, pela ocupação, enfim, pela identidade sociocultural dos sujeitos em interação. Portanto, os processos de significação/atribuição de sentidos são mediados por um conjunto articulado de formas simbólicas em contextos particulares. Com isto temos de considerar esse conjunto complexo de mediações para que ações de comunicação, educação e mobilização possam ter sucesso.

Assim, nos processos sociais complexos de múltipla determinação, como a saúde e a doença e suas formas de prevenção, originam-se práticas sociais e saberes resultantes da experiência cultural, que envolvem: a percepção do corpo e do ambiente, a valorização de signos (sinais e sintomas), novas leituras, novas interações, novas redes, novas práticas, novos modos de lidar com prevenção e tratamento no interminável ciclo de vida.

Problemas relativos às práticas de educação, comunicação e participação comunitárias no controle do dengue

Passemos então à interrogação que o Fórum nos propõe: quais os problemas relativos às práticas de educação, comunicação e participação comunitárias no controle do dengue? Interrogamos aqui como as práticas de comunicação e educação vêm sendo realizadas para o controle do dengue no Brasil. Para essa problematização, foi consultada a literatura sobre o assunto, encontrando-se 22 artigos publicados nas bases BVS Saúde Pública, no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Alguns dos problemas assinalados nesses estudos foram aqui destacados como subsídios para problematizar o tema, considerando-se os seguintes aspectos: modelo de comunicação que fundamenta as práticas de comunicação e educação; modelo explicativo de saúde e doença; modelo de prevenção; e o modelo de participação social/relação Estado/Sociedade.

Esses aspectos foram selecionados em função do enquadramento dado à análise, valorizando-se, como cenário das práticas, o processo de construção do SUS e a transformação do modelo de atenção à saúde, tentando-se superar os modelos hegemônicos – médico-assistencialista e o sanitário-campanhista - para enfatizar a promoção da saúde e o conceito ampliado de saúde, a integralidade da atenção e a participação social, de acordo com o que está disposto na Lei Orgânica da Saúde.

Modelo de comunicação e educação

Observa-se que as práticas de comunicação e educação realizadas para o controle do dengue não se diferenciam daquelas hegemônicas no campo da Saúde Pública no nosso país. Caracterizam-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional, orientadas pela visão de que informações e conhecimentos estão concentrados e devem ser difundidos, e de que a comunicação é uma questão de aperfeiçoamento de técnica de transmissão de mensagens e de adequação de linguagem. Espera-se, com as práticas realizadas, que o público a que se destinam reaja ao emissor com mudanças de hábitos e comportamentos. Trata-se da comunicação e educação baseadas no modelo tradicional “emissor - canal - receptor”, freqüentemente realizadas com a eliminação das mediações socioculturais. Quando a cultura é considerada, ela tende a ser reduzida a uma questão de linguagem e com o objetivo de elevação do “grau” ou “nível” de conhecimento.

Nota-se que a forma como são modeladas as práticas, tanto de educação como de comunicação, ainda está fundamentada em um grupo de teorias da comunicação que surgiram nos Estados Unidos no início do século XX, nas décadas de 20 a 60, denominadas Mass Communication Research, que muito serviram para o desenvolvimento tecnológico em comunicação, mas que pouco contribuíram para se compreender as relações sociais implicadas em processos de comunicação. Os autores dessas teorias são variados em suas formações, incluindo desde engenheiros das comunicações, a psicólogos e sociólogos, com pressupostos distintos e às vezes inconciliáveis (Barros Filho, Martino, 2003).

A crítica dessas teorias deu lugar a teorias consideradas marginais nos EUA e que foram retomadas a partir da década de 1960: Escola de Chicago: Park, Burgess, Cooley - enfoques microssociológicos de processos comunicativos; a Semiótica de Peirce – processos de formação dos significados com base na pragmática; nos anos 1930: interacionismo simbólico: Mead, Blumer; nos anos 1940: Escola de Palo Alto: Antropologia, Linguística, Matemática, Sociologia, Psiquiatria; ainda Bateson, Goffman, Watzlawick – comunicação como processo social permanente. Na Europa, destacam-se, na Escola de Frankfurt, especialmente Adorno, Horkheimer e Benjamin, que inauguram a crítica dos meios de comunicação na sociedade industrial (Barros Filho, Martino, 2003).

Mesmo sem atentar para esses aspectos teóricos que embasam as práticas, vários estudos realizados no Brasil e América Latina mostraram os limites do aumento do conhecimento sobre o dengue e suas formas de prevenção para reduzir os criadouros do mosquito nas áreas mais afetadas (Lefèvre et al., 2004; Chiaravalloti Neto et al., 2003; Donalísio, Alves, Visockas, 1998). Em 11 artigos analisados por Claro et al. (2004) sobre os temas conhecimentos, atitudes, crenças, práticas e representações

populares a respeito do dengue, no período de 1999 a 2002, evidenciou-se que às grandes proporções de respostas corretas sobre a doença e suas formas de prevenção não correspondiam melhor controle sobre os criadouros.

Chiaravalloti et al. (2002) já chamavam a atenção que, dentre os fatores que interferem na adesão a programas de prevenção, estão o repasse verticalizado do conhecimento e a solicitação dos órgãos de saúde de execução de medidas restritas ao comportamento individual, dentre outros. Em estudo realizado por esses autores em Catanduva, São Paulo, Brasil, com o objetivo de identificar fatores que interferem na adesão das moradoras (mulheres) às práticas preventivas, identificam que é necessário “[...] a revisão do conteúdo e das formas de circulação das informações e o estabelecimento de um canal de comunicação contínuo entre o serviço e a população” (Chiaravalloti et al., 2002, p.1321). Os conhecimentos sobre a doença e as informações sobre os procedimentos de controle e prevenção do dengue são repassados às comunidades por meio da mídia de massa e das atividades de comunicação e educação realizadas pelos profissionais de saúde, que fazem a intermediação entre serviço e usuário, utilizando seus discursos, valores e experiências.

Mensagens sobre dengue foram divulgadas amplamente via meios de comunicação massivos. Contudo, certamente, a mídia, apesar de seu potencial informativo/educativo, privilegia informações de caráter de denúncia, sem aprofundar fatores determinantes da situação de saúde, mais contribuindo para a confusão e alarmismo reativo da população do que para assegurar o acesso a informações, como observaram França, Abreu e Siqueira (2004). Lenzi e Coura (2004), analisando folhetos e outras peças comunicativas utilizadas no controle de dengue no Rio de Janeiro em franca epidemia em 2002, encontraram mensagens pouco consistentes em distintos materiais que, ora recomendam que garrafas vazias reaproveitadas devam ser guardadas viradas para baixo; ora prescrevem que sejam *jogadas fora todas as que não usar*, sem acrescentar alternativas de armazenamento para as não descartadas. É interessante notar com os autores o tom excessivamente prescritivo das mensagens, que bem caracteriza o modelo vertical autoritário das práticas de comunicação e educação como, por exemplo: *coloque tudo em saco plástico, feche bem e jogue no lixo. Entulhos e lixo: não os acumule. Mantenha o quintal sempre limpo...*

Com relação aos sintomas de dengue clássica e hemorrágica, os autores avaliam que os conteúdos das mensagens destinam-se a auxiliar a população no reconhecimento de sintomas básicos do dengue hemorrágica e da síndrome de choque do dengue, mas remetem a população à idéia de hemorragia que lhe é familiar, como perda de grande quantidade de sangue, confundindo sua percepção acerca dos sinais que podem alertar para a necessidade de um tratamento médico imediato. Destaca-se que não há informações elucidativas sobre a dengue hemorrágica, o que é uma dúvida freqüente da população. De acordo com os autores, o recurso à grande mídia, que prefere divulgar pareceres de médicos e autoridades do campo da saúde, não parece ser suficiente para o esclarecimento da população.

Quanto ao tratamento, destaca-se o cuidado para evitar ou reduzir a automedicação e banalização do uso de paracetamol, pois nenhum material divulgou o perigo da ingestão de altas dosagens, que podem acarretar graves problemas de saúde.

O modelo de comunicação caracteriza-se, portanto, por ter cunho campanhista, pontual, descontínuo, com ênfase para situações epidêmicas, quando seria necessário que o dengue estivesse na pauta da mídia durante todo o ano, assim como nas mídias alternativas, aquelas produzidas pelo próprio serviço, e se encontrassem respostas às dúvidas mais freqüentes, de forma correta e precisa.

Modelo explicativo do dengue no programa de controle

Alguns estudos mostram que os agentes trabalham com uma visão restrita da causalidade do dengue, cuja complexidade não parece ser compreendida. Assume-se que prevenir o dengue é, sobretudo, lidar com o permanente combate aos criadouros de *A. aegypti* (Chiaravalloti et al., 2002). Predomina portanto a visão, inferida pela proposição do controle, de que o dengue é causada pelo mosquito *Aedes aegypti*, enfatizando-se então informações sobre o vetor e sinais e sintomas clínicos, contribuindo para fortalecer a visão unicausal da doença na população, obscurecendo a relação água/vetor (na fase larvária) e com outros fatores socioambientais e contribuindo para valorizar o tratamento

em detrimento da prevenção (Lefèvre et al., 2004). Entretanto, essa visão parece não ser muito convincente para a população que não acredita que um simples mosquitinho seja capaz de causar tanto estrago à saúde, como mostraram os resultados de Lefèvre et al. (2004), que encontram, como uma das idéias centrais dos discursos sociais correntes sobre dengue, que as pessoas não acreditam que a água limpa pode causar doença.

A relação causal entre a presença de insetos e doença parece já estar incorporada ao universo simbólico das populações. Contudo, é interessante notar, no estudo de Chiaravalloti et al. (2002), a percepção das mulheres de que a transmissão do dengue estaria associada à presença de mosquitos e outros insetos contaminados, e não unicamente ao *A. aegypti*. Os autores observam que elas se preocupam com casas fechadas e abandonadas, praças, terrenos baldios, riachos e rios, sem fiscalização da prefeitura, e freqüentemente utilizados para jogar objetos associados a entulho e lixo, reivindicando das autoridades uma fiscalização efetiva desses espaços. Destaca-se a incoerência do poder público notada pelas mulheres, uma vez que, ao mesmo tempo em que os agentes de saúde entram em suas casas para inspecionar os vasos de plantas, deixam de verificar as condições das áreas públicas, repletas de lixo e sujeira.

Modelo de prevenção

O modelo de prevenção adotado nas práticas de prevenção do dengue mostra-se ainda marcado pelo higienismo/campanhismo, pois as ações se voltam prioritariamente para o *combate* ao vetor; são setoriais (setor saúde), realizadas por agentes de saúde; se dão para a higienização do ambiente em que as noções de limpeza/ pureza e risco/perigo são enfatizadas.

Permanece em uso terminologia pertinente à guerra, metáfora familiar a esse campo, tão antiga quanto a própria Saúde Pública na sua luta ou combate para exterminar inimigos biológicos.

Por meio de campanhas sanitárias ao longo do século passado, a Saúde Pública difundiu, no imaginário popular, o vínculo entre doença e sujeira, lixo, água suja. Agora, para o controle do dengue, importa vincular a doença à água limpa dos vasos de plantas, das poças, e outros potenciais criadouros do mosquito. Mas, limpeza e sujeira, pureza e perigo são significantes construídos histórica e socialmente, e se modificam de sociedade para sociedade, de cultura para cultura (Douglas, 1991). Deve-se admitir que pode causar estranheza à população o fato de vincularmos agora doença com água limpa, o que é, de certo modo e em alguns contextos, inundarmos o seu universo simbólico de impossibilidades para a vida, o que pode lhes levar a resistir em aceitar essa relação, remetendo a doença para outros insetos, para o lixo, como fizeram as mulheres de Catanduva. Ademais, risco e o perigo são também construções sociais. Os sujeitos julgam e escolhem os riscos a que estão submetidos, em função de seu conhecimento, de sua experiência, seus valores socioculturais, podendo negá-los ou enfatizá-los (Rangel-S, 1993; Duclos, 1986), recusá-los ou aceitá-los (Douglas, 1985). Uma das formas de negar o risco é remetê-lo a outro lugar ou pessoa, como observado nos resultados de Lefèvre et al. (2004), que evidenciam esse fato relacionado ao dengue, em uma das idéias centrais encontradas: a de que “acham que não vai acontecer com elas”, embora possa acontecer ou já tenha acontecido com o vizinho.

Um outro problema do modelo campanhista/sanitarista é que a ênfase recai sobre a expectativa de mudanças de hábitos e atitudes individuais, e os agentes não são capacitados para encaminhar demandas populares com respeito a outros condicionantes, como a coleta de lixo, o abastecimento de água, a preservação do espaço público. Disso resulta a tendência a julgar que a população é resistente, ignorante e pouco ativa na busca da melhoria de sua saúde, e no controle do dengue, ficando obscurecidos os determinantes sociais e culturais. Como conseqüências disso, as ações acabam por estigmatizar locais e pessoas, comprometendo a construção de laços de solidariedade entre os moradores de periferias da cidade. As pessoas tendem a assumir essa culpa ou responsabilidade, como observado em outros estudos sobre cultura e risco (Rangel-S, 1993) e se vê nos achados de Lefèvre et al. (2004). Estes últimos encontram também, entre as idéias centrais dos discursos circulantes sobre dengue, que atribuem a culpa de contrair dengue aos próprios doentes, que seriam pessoas que mantêm os criadouros, consideradas imprudentes e sem consciência. Ainda presentes nos achados

desses autores, estão as idéias de que é a população que não tem responsabilidade, é descuidada, não compreende e não tem informação.

No modelo de prevenção adotado para o controle do dengue, há pouca sensibilidade cultural dos agentes das práticas, que não analisam quando e onde fazer/não fazer as ações de prevenção. Por exemplo, o que fazer: orientar ou fiscalizar? Quem deve fazer as ações? Chiaravalloti et al. (2002) observam que a aplicação domiciliar do larvicida pode se constituir em um fator de inibição à adesão aos programas de prevenção, pois os agentes desconhecem ou desconsideram os valores e crenças da população, que nem sempre aceita de bom grado sua entrada nos domicílios.

Como observam Lenzi e Coura (2004) e Chiaravalloti et al. (2002), é importante considerar o valor social que os grupos populares atribuem aos objetos focalizados no programa de controle do dengue, tais como: pneus, vasos de plantas, garrafas plásticas, dentre outros. Isto porque, valores de uso, valores de troca e valores estéticos são atribuídos a esses objetos, de modo que é possível que os agentes, pouco atentos a esses aspectos, apresentem-se, nas comunidades, de forma desrespeitosa e invasiva em relação à sua privacidade e aos interesses dos moradores.

Quanto à natureza da informação difundida em campanhas junto às populações, Lenzi e Coura (2004) admitem haver problemas em relação às interpretações das mensagens, admitindo que as práticas que favorecem a procriação do mosquito resultam do esquecimento das mensagens veiculadas ou de interpretação parcial das mesmas. Contudo, é possível que tais mensagens não tenham sido exatamente esquecidas ou mal interpretadas, mas que não tenham ganho significado ou relevância naquele contexto social, por contradizerem os valores locais.

Um outro aspecto ressaltado pelos autores (Chiaravalloti et al., 2002; Andrade, Brassolatti, 1998) diz respeito à saturação da informação circulante, na sociedade, sobre o dengue. Os autores argumentam que a excessiva oferta informacional, exaustiva, repetitiva de mensagens que tentam “educar” quanto à mudança de hábitos domésticos, mostra-se pouco eficiente, provocando a saturação do conteúdo informativo e reduzindo a rede de colaboradoras no bairro, tendo, como efeito, a banalização da prevenção.

Modelo de participação

O modelo de prevenção estabelece uma relação entre Estado e Sociedade de corte autoritário, visível no modelo de participação do programa de controle do dengue. Ressalta-se, primeiro, que a forma de participação da população é definida pelas autoridades sanitárias, ou seja, a população é chamada a colaborar com a ação de *inspeção* sanitária. As ações domiciliares são realizadas *pelos agentes dentro* das casas das pessoas.

Os atores (Lefèvre et al., 2004; Andrade, Brassolatti, 1998) reconhecem que o programa de controle do dengue está longe de se voltar para a participação comunitária.

Nessa interação, confiança e credibilidade são duas condições necessárias à participação, pois as pessoas precisam estar convencidas de que há um problema, há um risco à sua saúde, para que se mobilizem e participem de ações de controle em parceria com o poder público. Contudo, de um lado, as relações trabalhistas dos agentes, a falta de capacitação, a violência urbana/insegurança e outros fatores sociais fragilizam os vínculos de confiança entre agentes públicos e a população. Além disso, as deficiências nas ações do Estado e a imagem dos serviços públicos de saúde veiculada pela mídia reforçam a falta de credibilidade nesses serviços. De outro lado, as pessoas tendem a subestimar situações de risco familiares e ficam mais preocupadas com eventos de maior vulto divulgados pela mídia, que são apresentados dramaticamente e que difundem de certo modo, no imaginário popular, a idéia de que os riscos estão em algum lugar distante, afetando grupos específicos, e não ali, em suas vidas cotidianas.

A despeito disso, Oliveira (1998) ressalta a variedade de formas de participação que ocorre no seio dos movimentos populares, com diversos potenciais para mudanças da realidade social, observadas nos movimentos sociais no contexto da epidemia do dengue no Rio de Janeiro, na década de 1980. São práticas políticas de pressão sobre o Estado e também práticas comunitárias de diversas naturezas que, com inventividade, tentam superar as condições adversas à vida cotidiana. Isso nos sugere a

necessidade de conhecer os movimentos sociais vivos nos territórios em que se desenvolvem práticas de controle do dengue.

Considerações finais

Por fim, interessa propor algumas inovações necessárias e possíveis para o controle do dengue. Nesse sentido, é preciso considerar que a introdução de inovações nas práticas de comunicação e educação em saúde em geral, e no dengue em particular, é um grande desafio, pois aponta para mudanças na cultura, isto é, nas formas de realizar essas práticas no sistema de saúde brasileiro; e alguns desses desafios estão intimamente ligados ao processo de construção desse sistema, de forma democrática, descentralizada e eficiente. Cabe destacar que não se trata de reduzir as soluções técnicas, mas é necessário rever os princípios que modelam as práticas, no sentido de torná-las mais eficientes.

Assim, alguns princípios e diretrizes para ações de comunicação, educação e participação podem ser preliminarmente destacados para o debate: participação democrática; sensibilidade cultural; multimidiatização: meios e recursos disponíveis e preferenciais; dialogicidade/criação de espaços de conversação; mobilização e educação por pares; capacitação profissional e comunitária; antecedência de pesquisas culturais (crenças, valores, saberes, percepções); pesquisas avaliativas das práticas de educação, comunicação e participação para o controle do dengue.

Contudo, é importante relativizar o poder dessas práticas em produzir ou induzir mudanças de comportamentos e atitudes, especialmente em contextos tão adversos à proteção e promoção da saúde. A comunicação, educação e mobilização social são campos de ação fundamentais para o bom desempenho de programas de prevenção e promoção da saúde, mais pela sua capacidade de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, na busca de solução para os problemas que os afetam, do que pelo seu potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais frente a riscos à saúde.

As práticas de comunicação, educação e mobilização social devem estar vinculadas, como estratégias da promoção da saúde, a um conjunto ampliado de ações intersetoriais, sejam de natureza econômica (p.ex. controle da produção de descartáveis), jurídica (p.ex. responsabilização das indústrias pelo destino final), política e social. Por fim, estas são algumas idéias para se colocar em debate as práticas de comunicação, educação e mobilização social, no controle do dengue.

Referências

- ANDRADE, C.F.S.; BASSOLATI, R.C. Controle da dengue: um desafio à educação da sociedade. *Ciência e Ensino*, n.4, p.18-21, 1998.
- BARROS FILHO, C.; MARTINO, L.S. *O habitus na comunicação*. São Paulo: Paulus, 2003.
- BIBEAU, G.; CORIN, E.E. From submission to text to interpretive violence. In: _____. (Eds.). **Beyond textuality: ascetism and violence in anthropological interpretation - approaches to semiotics series**. Berlim: Mouton de Gruyter, 1995. p.3-54.
- CASAL, A.Y. **Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Cosmos, 1996.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2003. v.1.
- CHIARAVALLLOTI, V.B. et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1321-9, 2002.
- CHIARAVALLLOTI NETO, F. et al. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1739-49, 2003.
- CLARO, L.B.L. et al. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, p.1447-57, 2004.
- DONALÍSIO, M.R.; ALVES, M.J.C.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão da dengue - região de Campinas, São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.34, n.2, p.197-201, 2001.
- DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. Lisboa: Edições 70, 1991.
- _____. *Risk acceptability according to the social sciences*. London: Routledge & Kegan Paul, 1985.
- DUCLOS, D. **La construction sociale du risque: le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels**. Paris: Conservatoire National des Arts et Metiers, 1986.
- FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemia de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1334-41, 2004.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- LEFEVRE, F. et al. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.3, p.405-14, 2004.
- LENZI, M.F.; COURA, L.C. Prevenção da dengue: a informação em foco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.37, n.4, p.343-50, 2004.
- OLIVEIRA, R.M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.14, suppl.2, p.69-78, 1998.
- RABINOW, P. **Representações são fatos sociais: modernidade e pós-modernidade na antropologia**. In: BIEL, João (Org./Trad.). *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.71-108.
- RANGEL-S, M.L. Saúde do trabalhador: identidade dos sujeitos e representações dos riscos na indústria petroquímica. *Cad. Saúde Pública*, v.9, n.3, p.333-48, 1993.

Levantam-se aspectos críticos das práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias realizadas para o controle do dengue no Brasil, tema de grande relevância na atualidade, em um contexto que desafia a sociedade a encontrar formas eficientes de controle. Foi consultada a literatura pertinente, encontrando-se 22 artigos publicados nas bases BVS Saúde Pública, no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Na análise crítica foram considerados os seguintes aspectos: modelo de comunicação que fundamenta as práticas de comunicação e educação; modelo explicativo de saúde e doença; modelo de prevenção; e modelo de participação social/relação Estado/Sociedade. Apresentam-se desafios relacionados à mudança cultural, parte do processo de construção do sistema de saúde brasileiro democrático, descentralizado e eficiente. Assim, as soluções não se restringem às opções técnicas. É necessário rever os princípios que modelam as práticas, no sentido de torná-las mais eficientes.

Palavras-chave: Dengue. Comunicação em saúde. Educação em saúde. Participação comunitária. Práticas de saúde.

Dengue: education, communication and mobilization with the perspective of controlling - innovative proposals

This text raises critical aspects of the practice of education, communication and community mobilization undertaken for the control of dengue in Brazil. This issue is of great importance at the present time, in a context that challenges the society to find efficient forms of control. The relevant literature was consulted and 22 articles published were found in the BVS Public Health database, during the period from 1977 to 2006. Most of these articles were from the states of S. Paulo and Rio de Janeiro. The following aspects were considered in critical analysis: the model of communication on which practices of communication and education are based; the explanatory model of health and illness; the model of prevention, and the model of social participation or relationship between State and Society. Challenges related to cultural change are presented. These challenges must be confronted as part of the process of construction of a democratic, decentralized and efficient Brazilian Health System. Thus, the solutions are not restricted to technical options. It is necessary to review the principles that shape the practices in order to make them more efficient.

Key words: Dengue. Health communication. Health education. Consumer participation. Health practices.

Dengue: educación, comunicación y movilización en la perspectiva del control de la enfermedad - propuestas innovadoras

El presente texto levanta aspectos críticos de las prácticas de educación, comunicación y movilización comunitarias realizadas para el control del dengue en Brasil, tema de gran relevancia en la actualidad, en un contexto que desafia a la sociedad a encontrar formas eficientes de control. Consultada la literatura pertinente, se han encontrado 22 artículos publicados en las bases BVS Salud Pública, en el periodo 1977 a 2006, concentrados en los estados de São Paulo y Rio de Janeiro. En el análisis críticos se consideraron los siguientes aspectos: modelo de comunicación que fundamenta las prácticas de comunicación y educación; modelo explicativo de salud enfermedad; modelo de prevención; y modelo de participación social/relación Estado/Sociedad. Se presentan desafíos relacionados al cambio cultural, parte del proceso de construcción del sistema de salud brasileño democrático, descentralizado y eficiente. Así, las soluciones no se restringen a las opciones técnicas. Es necesario rever los principios que modelan las prácticas, en el sentido de tornarlas más eficientes.

Palabras clave: Dengue. Comunicación em salud. Educación en salud. Participación comunitaria. Practicas de salud.

Recebido em 01/03/07. Aprovado em 22/08/07.

Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares

Dengue control: relevance of interactive gathering of transdisciplinary knowledge

Control de dengue: importancia de la articulación del conocimiento transdisciplinario

Maria Glória Teixeira¹

Desde a década de 1980, o Brasil vem enfrentando muitas dificuldades para controlar as infecções produzidas pelo vírus do dengue. Apesar do dispêndio de vultosos recursos em ações programáticas para o combate ao *Aedes aegypti*, único transmissor do vírus do dengue nas Américas, persiste ampla e contínua dispersão deste mosquito, atualmente presente em mais de 70% dos municípios brasileiros. Acompanhando a expansão do vetor, três sorotipos do vírus do dengue (DENV1, DENV2 e DENV3) passaram a circular com intensidade surpreendente, em grandes e pequenos centros urbanos, produzindo epidemias sucessivas de elevada magnitude no território nacional. Estas epidemias vêm se tornando mais graves devido ao crescimento da incidência dos casos da Febre Hemorrágica do Dengue (Teixeira et al., 2005). A evolução da situação epidemiológica, aliada aos resultados das avaliações de impacto das ações desenvolvidas pelo programa brasileiro de controle do dengue, tem revelado baixa efetividade (Dias, 2006; Teixeira et al., 2002). Importante ressaltar que dificuldades para o controle das infecções produzidas pelo vírus do dengue têm sido enfrentadas não só pelo Brasil, mas pela grande maioria das nações, inclusive por países que possuem programas considerados modelos no que se refere à cobertura e qualidade (Ooi, Goh, Gubler, 2005; Tauil, 2002). Esta constatação evidencia que o conhecimento científico existente neste campo da prevenção ainda é insuficiente para combater esta virose. Ademais, não se dispõe de medicamentos específicos para os indivíduos acometidos por dengue nem de vacina segura e eficaz para uso em populações. O controle desta virose, até o presente momento, está centrado no combate ao seu vetor, único elo vulnerável da sua cadeia epidemiológica.

A situação apresentada evidencia que o dengue se constitui em um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil, razão pela qual, ao lado de pesquisas voltadas para o desenvolvimento de produtos, técnicas, inovações e invenções capazes de eliminar e/ou erradicar esta doença, se faz necessário, também, direcionar esforços e aporte de recursos para investigações que contribuam para o aperfeiçoamento das tecnologias e estratégias de controle já disponíveis, com o objetivo de imprimir maior efetividade às ações dos atuais programas de combate vetorial.

¹ Professora Associada, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama s/n Campus do Canela Salvador, BA. 40.110-060. magloria@ufba.br

Assim, cumprimento a autora e os editores desta revista pela importante iniciativa de trazer este tema para debate, abordando os problemas e perspectivas de avanço do componente de educação e mobilização social dos programas de controle da dengue. Considerado peça-chave da sustentabilidade para manutenção das ações de combate vetorial, por consenso praticamente universal, as ações deste componente só se tornam efetivas se forem contínuas, permanentes e capazes de promover modificações ambientais que tornem desfavoráveis a proliferação de um mosquito-vetor de hábitos antropofílicos e totalmente adaptado ao ambiente habitado pelo homem (Consoli, Oliveira, 1994).

O artigo "Educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle da dengue: propostas inovadoras" discute os resultados de algumas avaliações concernentes às atividades e ações que vêm sendo desenvolvidas neste campo, no Brasil e em outros países, que evidenciam claramente as dificuldades e limites das estratégias de educação, comunicação e mobilização que vêm sendo utilizadas. A autora argumenta, respaldada em documentação científica, sobre a necessidade de mudança nas abordagens que têm sido aplicadas, apontando para a insuficiência do modelo explicativo que tem fundamentado as estratégias utilizadas até então. Aborda de forma crítica o fato de as estratégias pretenderem induzir a população a combater o vetor, trazendo subjacente a visão unicausal da produção da doença e, no mais das vezes, mantendo cunho campanhista/higienista. Continuam se reproduzindo táticas da antiga "polícia sanitária", representadas pelo discurso "educativo" dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE), profissionais responsáveis pelas visitas casa a casa. Somam-se a estas práticas as campanhas periódicas veiculadas nas mídias falada e impressa, destinadas a repassar, para toda a população, conhecimentos sobre o ciclo da doença, indicando atitudes e práticas que devem ser adotadas e/ou evitadas para se reduzir a disposição e/ou manutenção de criadouros no ambiente doméstico. De acordo com as avaliações consideradas no artigo, e também em depoimentos de técnicos e dirigentes dos programas de combate vetorial, estas estratégias não têm obtido o efeito desejado, pois a maioria da população absorve os conhecimentos, ou seja, sabe onde o vetor coloca os ovos, que recipientes contendo água devem ser eliminados, da necessidade de colocar tampa nos depósitos que não podem ser eliminados, dentre outras informações. Contudo, estes conhecimentos não têm sido eficazes no sentido da indução de mudanças de práticas e comportamentos. Assim, os ambientes domésticos se mantêm receptivos à manutenção e proliferação do *Aedes aegypti*.

Uma das possíveis razões para as dificuldades de controle do dengue reside no caráter prescritivo de sua principal atividade, qual seja, a das visitas domiciliares com vistas à eliminação de focos e de possíveis criadouros potenciais das larvas do mosquito. De fato, enquanto durante a visita domiciliar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) medem e pesam crianças, ensinam e/ou administram sal de reidratação oral, agendam consultas médicas e entregam e/ou administram medicações, as visitas do ACE revestem-se de outro significado. Suas atividades consistem em intervenções no ambiente privado da família, muitas vezes descartando objetos, imiscuindo-se, criticando, ou até mesmo "condenando" determinado hábito, que culturalmente pode ser importante, a exemplo do uso de vasos para fins religiosos e decorativos.

A autora, de forma bastante equilibrada, ao mesmo tempo em que valoriza a importância das ações e atividades de comunicação e participação social e enfatiza a necessidade do desenvolvimento de inovações neste campo, chama a atenção para a necessidade de se "relativizar o poder dessas práticas em produzir ou induzir mudanças de comportamentos e atitudes, especialmente em contextos tão adversos à proteção e promoção da saúde. A comunicação, educação e mobilização social são campos de ação fundamentais para o bom desempenho de programas de prevenção e promoção da saúde, mais pela sua capacidade de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, na busca de solução para os problemas que os afetam, do que pelo seu potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais frente a riscos à saúde"

Concordamos que é preciso desmistificar o discurso de que a comunicação, educação e mobilização social, por si só, é capaz de produzir mudanças e controlar problemas de saúde, especialmente aqueles nos quais estão envolvidos hábitos domésticos. Ao lado da comunicação, educação e mobilização social, os programas de controle de dengue devem ter estruturados e atuando com qualidade todos os seus outros componentes, a exemplo da vigilância epidemiológica, do combate químico, físico e biológico ao vetor, da vigilância entomológica, e, sobretudo, a promoção de ações de saneamento básico, tais como:

coleta de lixo adequada, suprimento de água com qualidade e sem intermitência, esgotamento sanitário, limpeza de logradouros públicos etc.

No que se refere ao componente de comunicação, educação e mobilização social, entende-se que, para se obter avanço, tem-se de lançar mão de técnicas e estratégias especiais, inovadoras e pactuadas com a população. Pactuação a ser construída em cada espaço considerando a cultura, privacidade, relações interpessoais de cada comunidade e de cada indivíduo em dado momento histórico. Para tal, estudos e experimentos qualitativos capazes de identificar crenças, atitudes e comportamentos são fundamentais no sentido da identificação de novas formas e processos diferenciados capazes de imprimir efetividade a esta ferramenta tão poderosa.

Nesta perspectiva, talvez seja o momento de se desenvolverem estudos controlados de intervenção que aliem métodos qualitativos a quantitativos, desenhados de forma a se avaliar a adesão e mudanças de comportamentos, além do impacto entomológico e epidemiológico. Tais estudos, ao lado de ações de combate direto ao vetor de acordo com as bases técnicas científicas disponíveis (saneamento ambiental, eliminação química, física e biológica etc), devem incluir inovações nas abordagens das visitas domiciliares. Uma proposta é a de transformar os moradores em partícipes e responsáveis pelas ações de eliminação e tratamento dos criadouros de suas residências. Também a simples inclusão, nos currículos escolares, de conteúdos sobre ciclo e formas de controle de doenças não tem sido vetor de mudanças. Talvez o estímulo para que alunos e professores desenvolvam práticas sistemáticas e concretas de prevenção nas comunidades tenha efeito mais satisfatório.

Importante ressaltar que a articulação de projetos de investigação transdisciplinares envolvendo antropólogos, sociólogos, educadores, epidemiologistas, entomologistas, dentre outros profissionais, possa vir a contribuir para o desenvolvimento de estratégias capazes de imprimir impacto sobre a ocorrência das infecções produzidas pelo vírus do dengue.

Referências

- CONSOLI, R.; OLIVEIRA, R.L. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DIAS, J.P. **Avaliação da efetividade do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*: Brasil, 1996-2002**. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.
- OOI, E.E.; GOH, K.T.; GUBLER; D.J. Dengue prevention and 35 years of vector control in Singapore. **Emerg. Infect. Dis.**, v.12, n.6, p.887-93, 2006.
- TAUIL, P.L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.3, p.867-71, 2002.
- TEIXEIRA, M.G. et al. Dengue and dengue hemorrhagic fever epidemics in Brazil: what research needs are indicated by its trend, surveillance and control experiences? **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1307-15, 2005.
- TEIXEIRA, M.G. et al. Dynamics of dengue virus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. **Trop. Med. Int. Health**, n.7, p.757-62, 2002.

Recebido em 02/06/08.

Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas

Communication frames on health: challenges and perspectives

Retratos de la comunicación en salud: desafíos y probalidades

Tânia Montoro¹

E por falar em Comunicação na Saúde

O artigo da pesquisadora Maria Ligia Rangel é instigador pela atualidade do olhar sobre a temática e enriquecedor pela capacidade de sublinhar questões estruturais, que se colocam como desafios para o universo da pesquisa em comunicação e saúde especialmente, quanto ao papel estratégico da comunicação no controle do dengue no país. Orienta-se o trabalho de Rangel para duas indagações centrais:

a) Quais os problemas relativos às práticas de educação, comunicação e participação comunitárias no controle do dengue?

b) Como as práticas de comunicação e educação vêm sendo realizadas para o controle do dengue no Brasil?

Elegendo o conceito de comunicação como cultura, como arena, em que se efetiva à experiência do debate público na polis, e vinculando ao conceito de comunicação em saúde o(s) significante(s): "[...] troca, interação, intersubjetividade, diálogo, expressão, configurando a comunicação com múltiplas dimensões, que vão desde sua condição fisiológica, que envolve audição, as sensações, a visão, para alcançar as dimensões afetiva, cognitiva, sócio-cultural e tecnológica" (p.433), o esforço analítico/crítico do trabalho enriquece o debate, ao colocar, de forma sistematizada, resultados de pesquisas qualitativas, realizadas por diferentes matrizes teóricas/metodológicas, sobre práticas de comunicação e informação utilizadas para prevenção do dengue. Estas práticas comunicacionais, traduzidas em mensagens, são repassadas às comunidades por meio de mídia de massa e pelos profissionais de saúde que fazem a intermediação entre o serviço e o usuário, o cidadão e o Estado - no desenvolvimento de uma política pública universalizada - e o consumidor e o produto, dentro de uma visão mercadológica de saúde.

Com o intento de pontuar os elementos discursivos fundantes e convergentes no conjunto das ações estratégicas de intervenção em comunicação, educação e participação na prevenção do dengue, a autora destaca a categoria analítica de "modelo" com objetivo de estudar as relações entre um conjunto de variáveis com base nas quais são retiradas implicações ou previsões de determinado fenômeno social.

¹ Graduada em Comunicação audiovisual e Publicidade; pedagoga e cientista social. Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília. Colina, bloco G. apto 403 - Campus Unb Brasília, DF - 70.910-090 taniamontoro@unb.br

Um modelo constitui basicamente uma estrutura analítica com objetivo de descrever vários aspectos e dimensões da realidade que é tão complexa que se torna necessário simplificar e usar abstrações para se alcançar algum progresso em sua compreensão (Gross, 2004, p.19)²

² tradução de Armando Bulcão, Tânia Montoro e Lavina Madeira.

Partindo da noção sociológica de modelo, Rangel seleciona os seus objetos de reflexão:

- qual o modelo de comunicação que fundamenta as práticas de comunicação e educação na prevenção do dengue?
- qual o modelo explicativo de saúde e doença presente nas mensagens?
- qual o modelo de prevenção utilizado?
- qual o modelo de participação social na relação estado/ sociedade?

Diante de uma apreciação crítica da prática da comunicação, educação e participação em saúde na prevenção do dengue, o trabalho conclui que o modelo de comunicação adotado por diferentes agentes e por uma pluralidade de mensagens ancora-se em um:

[...] modelo de comunicação que se caracteriza, portanto por ter cunho campanhista, pontual, descontínuo, com ênfase em situações epidêmicas, quando seria necessário que o dengue estivesse na pauta da mídia durante todo o ano, assim como que nas mídias alternativas, aquelas produzidas pelo próprio serviço e se encontrassem respostas às dúvidas mais freqüentes, de forma correta e precisa. (p. 436)

Em consonância com o estudo de Rangel, em trabalho de pesquisa recente (Montoro, Bulcão, 2006-2007), investigando a percepção dos gestores dos SUS em relação ao papel da comunicação e educação em saúde, entrevistamos 64 gestores de saúde, em diferentes unidades da federação, e pudemos observar que distintas matrizes teóricas fundamentam a compreensão do que seja comunicação em saúde.

Observa-se que há concepções diferentes sobre o papel e fundamento mesmo da comunicação em saúde, que vai desde o paradigma clássico da comunicação para o desenvolvimento, que se baseia na construção de um modelo de comportamento saudável transposto e imposto de um país desenvolvido para um subdesenvolvido; passando pela comunicação para promoção da saúde em que se enfatiza o repasse de informação e a promoção de conhecimentos, como valiosos instrumentos para participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades, chegando à comunicação estratégica em que a comunicação para saúde só pode ser atingida pelo estabelecimento de uma interdependência sistêmica da comunicação com a tecnologia da informação.

Esta polissemia, com relação à definição do que se compreende por comunicação em saúde para prevenção e promoção, impacta a possibilidade de se visualizar modelo único de comunicação nas práticas de intervenção, na medida em que, produz um emaranhado discursivo de estratégias e práticas chamadas de "comunicação para mobilização social", "comunicação e marketing social em saúde", "comunicação e *advocacy midiática*", "comunicação para mudança social", "comunicação e educação em saúde", entre outros. Não fossem somente diferenças conceituais e de estratégias de intervenção, este emaranhado discursivo/conceitual, permite que mesmo os profissionais de comunicação em saúde confundam comunicação institucional (realizada pelos governos para promover o Ministério da Saúde e suas secretarias/ institutos e fundações) com

campanhas de prevenção de doenças e, assim, passam a esperar as diretrizes dos órgãos centrais para fundamentar suas atividades e ações.

O calendário anual de saúde constitui o aspecto mais visível do planejamento das ações de comunicação em saúde. É identificado, pela pesquisa, como aspecto mais aparente da existência de uma matriz de planejamento. A existência de datas nacionais constitui um fator que favorece a integração dos campos de atuação dos diferentes gestores (político, técnico e de comunicação), nas três esferas do SUS.

Como pano de fundo, nota-se a presença de conceitos orientadores, oriundos de campos, correntes teóricas na saúde (programa universal de atenção à saúde), da governança privada (planejamento estratégico) e da comunicação social (mobilização social).

Numa síntese, dois fragmentos discursivos dos conteúdos levantados na pesquisa resumem questões de princípio, expressas no discurso dos gestores, considerados aqui na condição de sujeito coletivo: "As ações de comunicação não podem resolver e não resolvem à ausência ou falhas na execução de políticas públicas permanentes". Ou, ao revés: "Sem uma política pública, que alcance e integre as três esferas do sistema de saúde, não há como planejar uma boa comunicação".

Verificou-se também que ações de comunicação têm por base a logística das ações de saúde - a produção de vacinas, a distribuição, a mobilização de agentes de saúde, etc. - mas nem sempre consideram a logística da comunicação.

Além de dificuldades financeiras e operacionais, apontadas como empecilhos a uma maior participação, identifica-se um sistema de comunicação no qual o fluxo da informação é bem mais intenso e sistemático no sentido vertical, de cima para baixo (ministério, estados, municípios), e raro e assistemático no sentido inverso (municípios, estados, ministério).

Os discursos refletem a ausência e a demanda por canais de comunicação direta, que favoreçam um fluxo de informação mais equilibrado, no sentido inverso da perspectiva federal, desde os município e estados, interligando gestores de comunicação em seus respectivos campos de atuação e competências. Uma rede, não apenas no sentido tecnológico, mas sobretudo no sentido de promover a interação direta entre gestores - uma comunicação de caráter interpessoal, vista como condição necessária e indispensável ao planejamento integrado de ações nacionais e regionais descentralizadas de comunicação em saúde.

Na esfera federal, o planejamento das ações de comunicação é centralizado em departamentos e setores especializados (Assessoria de Comunicação e Núcleo de Comunicação), que efetivamente realizam as tarefas de planejamento de comunicação e de mediação entre mídia, agências de publicidade, gestores político-administrativos e gestores e técnicos de saúde do Ministério.

Os gestores federais, estaduais e municipais expõem com frequência a necessidade de um planejamento de longo prazo, de ações contínuas, pactuadas, a serem executadas nos momentos em que não há riscos ou crises. E de um planejamento eficaz para enfrentar as situações de risco e de crise - uma situação cotidiana, que inviabiliza inclusive o próprio planejamento, segundo relatos de gestores federais e municipais de comunicação.

Há uma percepção difusa de que ações de saúde e ações de comunicação concorrem no orçamento. Revela-se uma compreensão comum aos gestores: as ações de comunicação, ainda que avaliadas como importantes e fundamentais para o êxito, são frequentemente pensadas, planejadas orçadas, monitoradas e avaliadas de modo quase intuitivo, como complementares, acessórias e exteriores às ações de saúde - estas sim, indispensáveis.

É seguindo tal raciocínio, que os conteúdos discursivos dos gestores revelam certa tendência de não incluir os gestores de comunicação em todas as etapas, do planejamento à execução e avaliação, das ações de saúde. E vice-versa nas ações de comunicação. Por conseqüência, se por um lado, a participação do técnico de saúde no planejamento de ações da comunicação é por vezes consultiva e abrange apenas algumas etapas; por outro, a participação dos técnicos de comunicação no planejamento das ações de saúde possui também natureza consultiva e restrita a determinadas instâncias e etapas.

Não obstante, depreende-se da análise, a compreensão prática de que tais limites e diferenças conceituais tornam-se abstratos e imprecisos, no trabalho de campo. No relato acerca da execução de

eventos e campanhas, percebe-se que as ações de comunicação e ações de saúde se entrelaçam e se fundem de modo indistinto, como se fossem a mesma face da mesma moeda.

Conclui-se que, na execução, e bem antes, durante o planejamento, ações de saúde podem e devem ser pensadas como ações de comunicação e vice-versa.

A preocupação de envolver, no planejamento da comunicação, a sociedade civil e os movimentos sociais organizados, por meio de instâncias institucionais formais e informais, é manifesta no discurso de diferentes gestores, ainda que ponderem que muitas instâncias participativas (federais, estaduais e municipais), por vezes, carecem de representatividade.

Nota-se a ausência de uma rede de comunicação direta, estável e permanente que integre, horizontal e verticalmente, a atuação de gestores de comunicação, na função de mediadores da relação imprensa, agências de publicidade, gestores político-administrativos, gestores técnicos de saúde.

Como resultado, com base na observação dos problemas enfrentados pelos gestores, é possível evidenciar empecilhos e dificuldades à implantação de uma cultura de planejamento da comunicação em saúde, resumidos a seguir:

A logística das ações de comunicação: No âmbito federal, as deficiências na coordenação temporal e logística acarretam freqüentes atrasos na distribuição, para estados e municípios, de materiais de campanha e impressos produzidos pelo governo federal, o que acaba por inviabilizar sua utilização. Como resultado, no planejamento anual, vários gestores estaduais e municipais não consideram a utilização do material de campanha produzido pela esfera federal, optando pela produção de materiais regionais, tendo, como conseqüência, a redundante superposição de conteúdos e o desperdício de material. Paradoxalmente, estes problemas logísticos surgem também como estímulo e oportunidade para o planejamento de campanhas e materiais regionais e locais.

Capacidade dos quadros: No âmbito estadual e municipal, de acordo com vários gestores, a implantação de uma cultura de planejamento estratégico da comunicação defronta-se com a incapacidade e a carência de quadros profissionais – comunicadores, jornalistas, publicitários – notadamente, nos estados e municípios. Uma incapacidade percebida pelo gestor como relacionada à estrutura dos órgãos públicos, imersos no interior de uma cultura burocrática e lenta. Aponta-se a necessidade de investimento na aquisição e formação de recursos humanos especializados.

Descontinuidade das ações: as ações de comunicação realizadas nas diferentes esferas carecem de políticas públicas permanentes que assegurem a continuidade das ações, transcendendo fatores conjunturais e políticos – condição tida como indispensável para um planejamento de longo prazo.

O papel da comunicação: de modo geral, as atividades de comunicação são pensadas como acessórias às ações de saúde. Ao contrário, em muitos casos, especialmente nos momentos de crise, espera-se que a comunicação seja capaz de solucionar por si problemas estruturais.

Incapacidade de atender à demanda cotidiana: as ações de comunicação são orientadas pelas demandas cotidianas da mídia. Tais demandas, freqüentemente, carregam toda a capacidade produtiva dos gestores de saúde e de comunicação, inviabilizando qualquer planejamento, seja a curto, médio ou longo prazo. Tal panorama é particularmente descrito nas situações de crise.

Falta de representatividade das instâncias: as instâncias participativas, por vezes, carecem de representatividade, e requerem a presença efetiva de representantes por parte do governo e da sociedade civil.

Ausência de dados: o planejamento de ações de comunicação em muitos casos carece de uma memória institucional e de dados de monitoramento e avaliação, especialmente no que diz respeito à eficácia das campanhas publicitárias realizadas em anos anteriores. Não há avaliações sistemáticas que possam apontar elementos de linguagem, conteúdo, forma, entre outros, que permitam um melhor uso das mensagens e o aumento de impacto delas sobre o público (prioritário) a que se destina. Também não há avaliação de custo – benefício entre os gastos de campanha e a eficácia delas para prevenção de doença e promoção da saúde.

A dissociação entre planejamento de saúde e de comunicação é particularmente evidente em alguns extratos do discurso dos gestores: “O planejamento logístico das ações de saúde antecede o planejamento de ações de comunicação”; “O planejamento de comunicação não faz parte do planejamento de ações de saúde dos gestores técnicos”.

Em relação aos meios de comunicação de difusão das mensagens, evidencia-se, na percepção dos gestores do sistema, um deslumbramento com a mídia de massa, em especial a televisão. Seja por notícias, propagandas, publicidade e *merchandising*, a mídia televisão tem a preferência dos gestores para educar e informar. Entretanto a literatura (Henriques, 2004; Werneck, Toro, 1996) mostra que quanto maior a cobertura do meio de comunicação, menor sua efetividade. Por buscar a efetividade, a comunicação e educação em saúde, deveria dar especial atenção a uma comunicação de menor cobertura e maior impacto. Autores como Pope e Mays (2006) salientam que a comunicação para prevenção em saúde, como um processo amplo, não depende, para ser bem-sucedida, apenas da simples difusão de informações, como muitos são levados a acreditar, muito embora a visibilidade, a divulgação e a presença na mídia sejam elementos decisivos. É necessário um esforço permanente para colocar as questões principais no campo dos valores, dos elementos simbólicos com os quais as comunidades operam em constante atenção para com os múltiplos significados que orientam a vida das comunidades, esforço tal que os grupos constituídos para ação e suas lideranças podem empreender estrategicamente. Para garantir uma maior efetividade, a comunicação dirigida deve ser adotada cotidianamente. Ela tem por finalidade transmitir e conduzir informações, estabelecendo uma comunicação orientada e freqüente com o público identificado. Como estratégia de comunicação dirigida, a interação face a face retoma os contextos interativos de co-presença, promovendo uma maior proximidade entre os indivíduos, possibilitando ações mais coesas.

Por último, é importante sublinhar que as práticas de comunicação em saúde devem se constituir em estratégias de promoção da saúde e serem mobilizadoras de ações intersetoriais, conforme propõe, com pertinência, Rangel. Adotando um caráter educativo, a comunicação deve gerar referenciais para a ação e para mudanças de atitudes e mentalidades nos indivíduos. No dizer de Braga (2001), é uma comunicação diversificada, pessoalizada, necessariamente local e de inserção cultural e etnoorientada.

Referências

- BRAGA, J.L. Aprendizagem versus educação na sociedade mediatizada. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, COMPÓS, 10., 2001, Brasília. *Anais...* Brasília: GT Comunicação e Sociabilidade, 2001.
- GROSS, A. **The rethoric of science**. Cambridge: Havard University Press, 2004.
- HENRIQUES, M.S. **Comunicação e estratégias de mobilização social**. 2.ed. Belo Horizonte: Autentica, 2004.
- MONTORO, T.; BULCÃO, A. **Relatório de pesquisa**. Gestão da comunicação aplicada à vigilância em saúde: a percepção dos gestores. Brasília: Pós-graduação da Faculdade de Comunicação da Universidade de Brasília, 2006-2007.
- POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Qualitative research in health care**. London: Blackwell Publishing, 2006.
- WERNECK, N.; TORO, B. Mobilização social: uma teoria para universalização da cidadania. In: MONTORO, T. (Org.). **Comunicação e mobilização social**. Brasília: Editora UnB, 1996. p.24-32.

Recebido em 23/04/08.

Réplica

Reply

Inicialmente, quero agradecer a disponibilidade dos debatedores para dialogar com o texto, enriquecendo o debate sobre os desafios atuais da comunicação no controle do dengue apresentados durante o evento "Dengue: I Fórum de Ciência e Tecnologia", em Salvador, Bahia, outubro de 2006.

Agradeço especialmente aos editores da Revista Interface por abrirem espaço para publicar este debate. Sinto-me muito honrada em poder ampliar, por meio desta conceituada revista, a discussão iniciada na ocasião do Fórum, e que nada mais é do que o exercício de trazer a público e compartilhar inquietações antigas e atuais sobre a forma como trabalhamos a comunicação nos serviços de saúde.

Cabe registrar que esta reflexão sobre a forma como a comunicação é vista e operacionalizada no controle do dengue só foi possível mediante o diálogo com os textos publicados, por diversos pesquisadores, sobre experiências de educação e comunicação no controle do dengue, que são referências do artigo.

Fiquei muito feliz de Tânia Montoro ter trazido os resultados de sua pesquisa com os gestores de saúde, os quais reafirmam limites estruturais das práticas de comunicação na saúde, alijadas de processos de planejamento em saúde, ocupando lugar secundário, "acessório" das ações de saúde, apesar de serem referidas pelos gestores como "importantes e fundamentais" para o êxito dessas ações.

Os elementos destacados são fundamentais para compreendermos os múltiplos *modus operandi* da comunicação em saúde no Brasil, que comporta, em seu heterogêneo tecido social, "concepções diferentes sobre o papel e fundamento da comunicação em saúde que impossibilita visualizar modelo único de comunicação nas práticas de intervenção". É possível que, graças à tradição verticalista dos programas de controle de endemia, ainda não superadas, nestes se encontrem mais resguardados os modelos tradicionais de comunicação. Mas, concordo com a ênfase do debate trazido por Tânia, que recai sobre a ausência de uma política pública capaz de articular as três esferas do sistema para se ter um bom plano de comunicação.

Para além da análise de um modelo de comunicação, as dificuldades apontadas pelos gestores são fatores limitantes da comunicação, que não opera como objeto de políticas públicas, e não só como instrumento, mas, como ressalta Tânia, como um sistema estruturado de fluxo de informações de sentido vertical, polarizado e marcado pela ausência e demanda por canais de comunicação direta.

Ainda assinala-se a necessidade de se implantar uma cultura de planejamento da comunicação em saúde, de modo que as ações de comunicação e de saúde sejam integradas. Ou seja, tratá-las efetivamente como campo de interface no qual coexistem em um modo imbricado e impossível de separá-las.

Destaca-se, então, a proposição da debatedora extraída dos resultados da pesquisa, de que "as ações de saúde possam ser pensadas como ações de comunicação e vice-versa". Isso nos remete à possibilidade de pensarmos o sistema de saúde como um sistema de comunicação e atentarmos para o uso comum e prático das palavras para realizarmos ações, para fazermos algo quando falamos ou dizemos algo no curso da interação. Sobre isso Austin distingue três tipos de atos de linguagem: ato de dizer algo; de fazer algo ao dizer; e o de produzir um efeito por dizer algo. Desta perspectiva, a

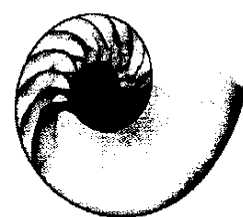
comunicação é vista como uma atividade de sujeitos em interação, em contextos particulares, mergulhados em um sistema articulado de signos e significados, em permanente intercâmbio de sentidos, produzindo e reproduzindo a realidade social, os valores, as crenças, os lugares de poder. Ao mesmo tempo em que é uma atividade, a linguagem, o discurso medeia todas as demais atividades, de tal modo que podemos ver o sistema de serviço de saúde como um sistema de comunicação.

É também no sentido de ampliar a visão da comunicação, para vê-la integrada ao conjunto de práticas e políticas de saúde, que leio os comentários de Glória Teixeira. Ela destaca os limites do conhecimento científico existente no campo da prevenção para combater o dengue, ressaltando o consenso de que o componente educação e mobilização social é “peça-chave da sustentabilidade para manutenção das ações de combate vetorial”, desde que tenham caráter “contínuo, permanente e capaz de promover modificações ambientais [...]”.

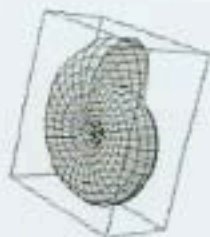
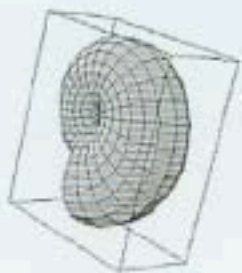
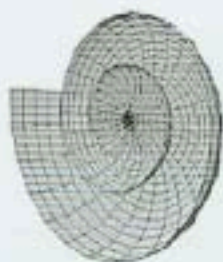
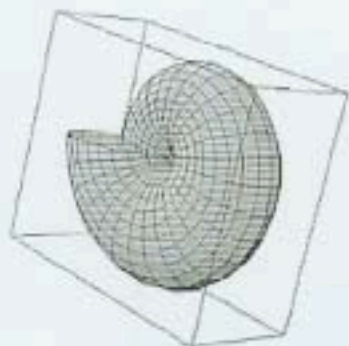
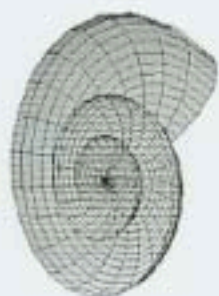
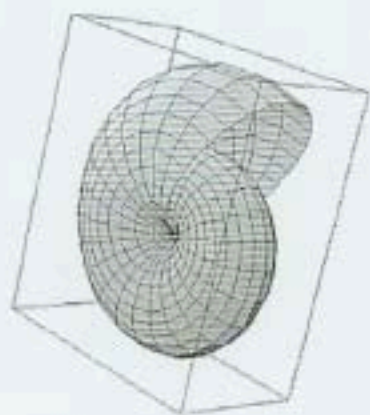
Ressalta, ainda, a carga de trabalho dos agentes comunitários de saúde, que desenvolvem muitas atividades nos domicílios, das quais o combate ao dengue é apenas mais uma.

Esta observação nos leva a pensar que fazer o sistema de saúde e seus agentes operarem como um sistema de comunicação capaz de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, no sentido de transformar a realidade de saúde, implica também qualificar os seus agentes para essas mudanças. Assim, a questão da comunicação interpela também a política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde a considerar a necessidade de maior qualificação e valorização dos profissionais que atuam na ponta do sistema, pois é no território de ação dos agentes comunitários de saúde que o sistema se realiza com o seu potencial de integração nos microespaços sociais.

Então, se, hoje a comunicação em saúde é alijada e desarticulada das políticas de saúde, o debate em torno dela suscita e enfatiza - como Glória Teixeira aponta em relação à comunicação no controle do dengue - a importância da articulação de saberes (científico, profissional/técnico e do senso comum) e da ação intra-setorial (de vigilância epidemiológica, do combate químico, físico e biológico do vetor, da vigilância entomológica) e intersetorial (saneamento básico, educação), além da necessária pesquisa transdisciplinar.









CANESQUI, A.M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os doentes crônicos: um recente campo de estudos.** São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.

Miguel Ângelo Montagner¹
 Maria Inez Montagner²

A coletânea ora organizada por Ana Maria Canesqui ao mesmo tempo resgata uma necessidade e coloca, na agenda dos pesquisadores em ciências sociais em saúde, todo o universo das pesquisas em torno das doenças crônicas, que para muitos tipificam a modernidade.

Definir o que é uma doença crônica e sua terapêutica há muito tempo é o trabalho da medicina, por meio de exames ou anamnese. Nesse livro, questiona-se até que ponto essa constatação é somente uma responsabilidade médica. O livro alerta, a nosso ver, para questões como: o que ocorre depois do diagnóstico, o que muda na vida de uma pessoa, e qual a qualidade de vida de um portador de doença crônica. Ele aponta que todo um processo sociocultural entra em jogo ao lado das demandas pelo tratamento, que requer um longo período, com idas e vindas a médicos e a serviços de apoio, e custará muito em tempo, dinheiro e sofrimento moral. Nessa trajetória, o doente precisará do apoio de parentes, amigos, grupos ou entidades que reconheçam as suas dificuldades, que vão além das questões estritamente terapêuticas.

Para a autora, o termo 'doença crônica' aponta para uma construção do

saber biomédico que não esgota todas as dimensões do problema. O diagnóstico é reinterpretado pelos doentes, que o integram no universo sociocultural do qual fazem parte, compondo um sentido mais complexo e completo do que significa a enfermidade e o adoecimento dentro daquele universo, associado ao convívio com determinados tipos de enfermidade.

Assim, a percepção e sentido de seu estado físico e mental, por parte dos doentes, são dimensões que, para sociólogos e antropólogos, têm significação própria e requerem estudos específicos. Especialmente porque o corpo não se limita aos conceitos médicos, ele é, antes de tudo, a representação da cultura, sociedade e política na qual o indivíduo e os grupos sociais estão situados em determinado tempo e lugar. Desconsiderar esse fato é negar o aspecto integral do ser humano.

Mesmo que duas pessoas tenham o mesmo diagnóstico, o adoecimento, o sofrimento, a dor e a própria enfermidade nem sempre são vistos, tratados e encarados da mesma maneira. Isso demonstra a extrema importância de um olhar mais abrangente sobre o assunto doença

¹ Sociólogo. Pesquisador CNPq/Funcap. Rua Eduardo Ellery Barreira, 29, apto. 703, Bloco A - Guararapes Fortaleza, CE 60.810-010 montagner@hotmail.com

² Socióloga. Doutoranda, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas (bolsista Capes).

crônica, que demanda a permanência do paciente por longos períodos em serviços de saúde. Por melhor que seja a tecnologia para o tratamento de determinadas doenças, desconsiderar a visão socioantropológica é, em última análise, desconsiderar o paciente.

Esta visão é o objetivo central do livro, e os autores conseguem demonstrar como o paciente deve tornar-se tão ou mais importante que a doença.

No capítulo 1, somos brindados com uma extensa e circunstanciada revisão bibliográfica dos estudos sobre doenças crônicas, que abarca as publicações inglesas e norte-americanas, além da modesta produção brasileira alavancada a partir de 1990. Canesqui realiza um inventário primoroso sobre os trabalhos mais relevantes e significativos, a par de uma revisão conceitual das teorias que foram colocadas em obras nas pesquisas relatadas, dando-nos uma visão atualizada e reveladora do estado da arte no assunto.

Reni Aparecida Barsaglini, no capítulo 2, realiza um estudo de caso sobre o diabetes, utilizando, para a coleta de dados, o relato oral de uma mulher, negra, solteira, com 56 anos, que há oito anos convivia com a doença. Melissa, o nome é fictício, vive com dois salários-mínimos e com mais cinco pessoas no mesmo espaço doméstico. Ela admite que a diabetes "(...) para mim é como se não fosse nada", na tentativa de provar que mantém íntegras todas as suas atividades, para não se tornar um peso para os familiares.

A narrativa feita sobre a trajetória desta mulher, que "descobre-se" diabética aos 48 anos, nos prende a atenção pela riqueza das informações coletadas, tanto no seu contexto do grupo doméstico como no local onde recebia atendimento médico. Na residência, a autora teve a possibilidade de ouvir especialmente a mãe de Melissa, uma senhora de oitenta anos, também diabética. A pesquisadora acompanhou o dia-a-dia desta mulher, que se orgulha de tomar sozinha seus medicamentos e que, para aumentar a renda, faz tapetes de retalhos.

Reni trabalha detalhadamente as explicações leigas para as doenças no caso estudado, tanto da adoecida como dos familiares. Para tanto, assume a experiência da enfermidade em todas as suas vertentes, na qual a perspectiva do enfermo é central e heurísticamente significativa, dado que as diversas interpretações sobre a doença são retrabalhadas e ressignificadas pelo adoecido em

sua experiência cotidiana e em sua relação com a doença.

No Capítulo 3, Canesqui aborda a designada "pressão alta", pelo senso comum, ou hipertensão arterial, segundo o saber médico erudito, doença de relevância social, pois atinge a faixa de adultos e idosos, que tende a crescer segundo a nova base demográfica brasileira. Por isso há um número significativo de estudos epidemiológicos sobre o tema, mas poucos dentro da perspectiva socioantropológica, sob o ponto de vista dos adoecidos, explorando os referenciais teóricos de sua abordagem, como os Modelos Explicativos da doença, e os comentando dentro da tradição antropológica médica norte-americana. Percorre outros estudos, incluindo os nacionais, que trazem a abordagem sobre o gênero referente ao tema, por meio da relação das mulheres com essa doença, assim como as representações sobre a doença, comparando estudos feitos em diferentes contextos. Em suma, a hipertensão carrega uma miríade de significados, onde se misturam ou se apartam as concepções eruditas sobre a doença, detidas pelos profissionais em saúde, e as concepções leigas e populares, que influenciam fortemente o tratamento e a vivência cotidiana do adoecimento.

No capítulo 4, Nair Lumi Yoshiro encara a obesidade em sua atual leitura cultural, a de uma doença da modernidade ligada por elos profundos aos valores e ao *ethos* do cidadão moderno. O culto ao corpo, à magreza e à beleza física trafegam na mesma via, por um lado, do excesso e da superalimentação e, de outro, da bulimia e da anorexia. Assumindo a obesidade como um estigma, no sentido de Goffman, a autora procura compreendê-la dentro do modelo biomédico para, em seguida, mostrar as formas assumidas pelas propostas terapêuticas, tanto eruditas quanto leigas, na conformação do corpo ideal.

Por fim, no capítulo 5, Edemilson Antunes de Campos aborda um modelo terapêutico *sui generis*, no qual a palavra é o remédio e a salvação. Estando além da biomedicina centrada no biológico, o alcoolismo, por definição, demanda a vontade e o esforço próprio do doente no seu processo de cura. Nesse processo, os valores culturais e sociais são a fonte única da cura, mesmo que o tratamento medicamentoso possa ser utilizado em momentos críticos. Ele analisa o modelo criado pelo grupo dos Alcoólicos Anônimos, cuja difusão é vasta e passou a fazer

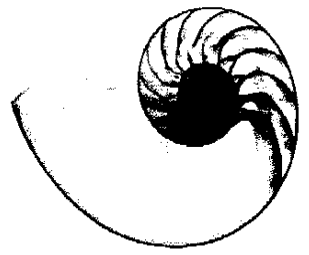
parte do reconhecimento do alcoolismo como uma doença crônica e fatal, ligada a uma 'obsessão mental' que demandaria a abstinência completa.

Por meio de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, o autor consegue demonstrar a ênfase dada pelo modelo de tratamento proposto pelos AA na dimensão espiritual e moral do ser humano, compreendido como o sujeito de sua recuperação. Pela partilha de suas experiências, em grupos, os adoecidos acabam por reafirmar e recriar constantemente uma nosografia que é, em grande parte, estabelecida pelo modelo dos AA e transmitida por uma linguagem comum a todos os grupos. Assim, para o autor, o alcoolismo é assumido como uma doença física e moral, que envolve o ser humano completo, e que pode ser vencida pelos adoecidos por meio da narrativa constante e reatualizada das suas histórias de vida, que permite enunciar desta feita as palavras salvadoras que eles nunca devem esquecer.

No final, temos a vívida impressão de termos tocado em temas caros e preciosos dentro da agenda das ciências sociais em saúde, o que descortina todo um painel de pesquisas possíveis e de temas abordáveis no campo da saúde.

O livro da professora Canesqui auxilia aos interessados em estudar o tema das doenças crônicas pela perspectiva da Sociologia e da Antropologia. É um livro simples, dinâmico e versátil, para ser trabalhado tanto por profissionais como por alunos dos mais diferentes níveis de conhecimento, e que facilita a aproximação com a área das ciências sociais na saúde. Nesse sentido, os textos compõem um manual que pode ser usado didaticamente em salas de aula.

Com esta contribuição, ela novamente nos guia generosamente nos meandros das relações entre a saúde e o adoecimento na moderna sociedade brasileira.



Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico

To receive and to provide care: the historical path of a woman with mental disorder

A situação da mulher em sofrimento mental é permeada pela experiência do cuidado que é recebido por ela por intermédio de seus cuidadores informais, em geral familiares mais próximos, nos serviços de saúde, e pelo cuidado que ela mesmo provê, seja a si, aos filhos, ao lar e a outros familiares. Tal situação, frente às atuais políticas de saúde mental, que prevêm o aumento do número de serviços extra-hospitalares, e a extinção do modelo manicomial, está em posição de destaque na investigação científica. Com base nisso, estabeleceu-se, como objetivo geral desta pesquisa, conhecer, por meio de um estudo de caso, a situação de uma mulher portadora de sofrimento mental, em termos de prestação de cuidados no lar e dos cuidados requeridos por ela mesma em função de seu quadro, considerando sua história de vida e seu contexto de vida atual.

A pesquisa teve início com a compreensão da rotina do setor de curta permanência de um hospital psiquiátrico da região sudeste do país, e a caracterização das mulheres ali internadas. Mediante isso, foi realizada a escolha do caso em estudo, de acordo com os seguintes critérios: mulher em primeira internação psiquiátrica, casada, com filhos menores de idade, sem quadro de abuso de substâncias. Foram realizadas entrevistas, observações e conversas informais com a usuária, a equipe do setor de internação, e seus familiares, bem como consultas a documentos.

A análise qualitativa do conteúdo temático do material coletado, com o intuito de triangulação dos dados, envolveu as entrevistas transcritas juntamente com os registros em diário de campo, e permitiu a elaboração de um quadro descritivo/compreensivo da situação em estudo, a saber: a história de vida da usuária, seu entorno e perspectivas de vida, e as concepções dos participantes sobre a doença

mental e os tratamentos a que foi submetida, bem como os cuidados informais a ela prestados.

O material permitiu apontar para: o papel da mulher como cuidadora informal como central na vida da usuária; a sobrecarga do cuidador como fator relevante para a alteração no responsável pelo cuidado; a perda da autonomia da usuária promovida pelo cuidado formal e informal recebidos; e a necessidade de articulação entre os serviços formais de assistência em saúde mental e às famílias, de modo a buscar soluções para casos como este em estudo, que demandam cuidados prolongados e ampliação da rede social.

Renata Fabiana Pegoraro

Tese de Doutorado (2007)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP
rfpegoraro@yahoo.com.br

Palavras-chave: Saúde mental. Cuidadores. Mulheres.

Key words: Mental health. Caregivers. Women.

Palabras clave: Salud mental. Cuidadores. Mujeres.

Texto na íntegra disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-23102007-193152/>

A consagração das vanguardas: memória e biografia coletivas das práticas científicas na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

The consecration of vanguards: collective memory and biography of scientific practices at the College of Medical Sciences of the University of Campinas

Esta tese alinha-se dentro da perspectiva da sociologia da ciência e busca compreender as práticas científicas dos pesquisadores de uma instituição da área médica, por meio de metodologias quantitativas e qualitativas. O nosso marco teórico foi o construtivismo genético de Pierre Bourdieu. Por meio deste autor, procuramos relacionar e delinear a formação dos *habitus* científicos dos professores de uma faculdade de medicina, analisando as memórias coletivas do período de institucionalização, desenvolvimento e consagração de seus grupos primários. Procuramos mostrar a relação desses *habitus* com o espaço social no qual os pesquisadores foram socializados, construíram suas trajetórias sociais e constituíram seus grupos primários.

Criamos, como estratégia teórica, um construto nomeado 'biografia coletiva' de uma *persona* 'coletiva', baseando-nos, para tanto, nos conceitos de: trajetórias coletivas de Bourdieu, memória coletiva de Halbwachs, grupo primário de Ferrarotti e Cooley, *persona* de Mauss e *persona* coletiva de Boltanski.

No plano quantitativo, desenhamos e analisamos, em termos estatísticos, as principais características desses professores, por meio da quantificação da base de dados Plataforma Lattes, que contém os currículos de todos os Professores Plenos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. No plano qualitativo, realizamos entrevistas focadas em profundidade com uma amostra dos professores e uma análise estrutural de suas respostas, com a intenção de compreender suas práticas e seus valores como cientistas, procurando entender as idealizações subjetivas a respeito de suas próprias trajetórias de vida, ou seja, as memórias coletivas de suas próprias práticas.

Comparando ambos os tipos de dados, sintetizamos as principais características dos pesquisadores da faculdade, dedicando, porém,

especial atenção a três grupos primários. Procuramos elucidar como as vanguardas, representadas por esses grupos primários presentes na instituição, percebem-se e se definem como grupos sociais, suas concepções de ciência e a maneira como transformam essas disposições, presentes em seus *habitus*, em atos concretos e cotidianos da prática científica.

Miguel Montagner

Tese de Doutorado (2007)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Departamento de Medicina Preventiva e Social,
Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas.
montagner@hotmail.com

Palavras-chave: Bourdieu. Halbwachs. *Habitus*.
Memória coletiva. Biografia coletiva. *Persona*
coletiva. Vanguarda. Grupos primários.

Key words: Bourdieu. Field. *Habitus*. Halbwachs.
Collective memory. Collective biography.
Collective persona. Vanguard. Primary groups.

Palabras clave: Bourdieu. Campo. *Habitus*.
Halbwachs. Memoria colectiva. Vanguardia.
Grupos primarios.

I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita

First National Forum for Pharmaceutical Education: the pharmacist that Brazil needs

A história do ensino farmacêutico no Brasil (com início datado de 1832) pode ser contada com base nas tentativas de alteração e uniformização curriculares. Mais expressivamente, influem sobre a situação atual os currículos mínimos de 1962 (parecer CFE 268) e de 1969, que regulamentaram a graduação em farmácia até 2002. Na década de 1980 o papel do farmacêutico na sociedade passou a ser tema de discussão na categoria, acompanhado necessariamente da discussão sobre a educação farmacêutica.

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 - DCN (resolução CNE/CES 02/2002) foi um importante marco histórico para a profissão ao determinar que a formação do farmacêutico deve ter como foco a preparação para atuar no Sistema Único de Saúde - SUS, articulado ao contexto social, participando e contribuindo para o desenvolvimento da sociedade. Após a publicação das DCN, as dificuldades geradas na sua interpretação e aplicação direcionaram as discussões na área da educação farmacêutica, que ficaram concentradas nas formas de implementar as novas diretrizes.

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) tem como um de seus eixos de atuação a qualificação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Qualificar um serviço de saúde compreende, necessariamente, contar com profissionais adequadamente formados e preparados para gerenciar o serviço e as pessoas, inovar, integrar e cuidar, com base em critérios científicos e éticos para a consolidação dos princípios do SUS. Portanto, a questão da qualificação profissional, e em especial do farmacêutico, é fundamental para a estruturação de serviços de Assistência Farmacêutica - AF qualificados em todos os níveis de gestão.

O I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica (realizado dias 13 e 14 de dezembro de 2007 em Brasília) foi uma iniciativa do DAF/SCTIE/MS em parceria com a Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR). Seu objetivo foi debater, com entidades representativas da classe farmacêutica, estudantes, professores de farmácia e representantes dos serviços de saúde, as prioridades para a formação do profissional farmacêutico para atender as necessidades do país e do SUS.

O tema central para o Fórum, "**O farmacêutico que o Brasil necessita**", teve por objetivo instigar a categoria para a construção de propostas para a educação diretamente relacionadas com a realidade social do país e as demandas da sociedade, especialmente do SUS, para o farmacêutico. A programação do I Fórum privilegiou a participação ativa dos presentes, por meio de "espaços de diálogo" formados por quatro grupos de discussão.

A categorização dos debates e propostas construídas durante o evento estão, resumidamente, apresentadas a seguir:

- **Percepção da situação atual:** os participantes relataram a percepção de que a educação farmacêutica ainda é desenvolvida de forma desarticulada da realidade social, pouco comprometida com a resolução dos problemas nacionais de saúde. A formação é focada na produção de medicamentos, técnicas e exames, enquanto a saúde da população tem pouco espaço no processo educativo. Pouca interação academia-serviços e escassas atividades interdisciplinares também foram relatadas.

- **Imagem-objetivo** - a educação para o farmacêutico que o Brasil necessita: o farmacêutico como profissional de saúde, preparado para o SUS, capaz de intervir científica e criticamente sobre os problemas de saúde e sobre o sistema de saúde, com competência para promover a integralidade da atenção à saúde, de forma ética e interdisciplinar, e valorizado pela sociedade, constitui o

objetivo a ser alcançado por meio da educação, segundo os participantes do evento.

a) **Propostas gerais:** rediscutir a proposta do currículo generalista (regido pela resolução 02/2002), buscando uma identidade central na formação farmacêutica baseada na assistência farmacêutica (desde a produção até a dispensação), de forma integralmente articulada aos princípios do SUS; estimular a discussão política nos cursos e ampliar a participação do Ministério da Educação no processo de mudança da formação farmacêutica.

b) **Sobre a oferta de pós-graduação:** estimular a criação e direcionamento da pós-graduação para as necessidades do SUS em AF, gerando condições para a inclusão de profissionais dos serviços de saúde nos programas; determinar a responsabilidade de farmacêuticos, serviços de saúde e programas de pós-graduação na geração e aplicação de pesquisas, conhecimentos e práticas direcionados para contribuir com a melhoria dos serviços de AF e da qualidade de vida da população; fomentar e fortalecer os programas de residência multiprofissional.

c) **Sobre o fomento para a pesquisa:** promover a articulação entre os órgãos de fomento, regulação e o Ministério da Saúde para ampliação de fomento de pesquisa em estudos aplicados na AF e o cuidado em saúde; formalizar a subárea de conhecimento na área da farmácia no CNPq, que inclua a AF e temas relacionados; adequar a avaliação da pesquisa e as diretrizes editoriais para a área de AF.

d) **Integração academia-serviços de saúde:** promover atividades formativas de farmacêuticos, em nível de graduação e pós-graduação, em

serviços de saúde em todos os níveis de atenção e todo o âmbito de atuação do farmacêutico, incluindo a gestão dos serviços e atenção básica; estabelecer diálogo com os gestores e formas regulamentadas de oferta de estágios no SUS.

e) **Qualificação dos profissionais dos serviços:** criar e implementar a educação continuada dos profissionais farmacêuticos atuantes nos serviços de saúde públicos e privados; desenvolver a formação de profissionais de nível técnico para o trabalho auxiliar ao farmacêutico nas unidades de saúde.

f) **Avaliação dos cursos de graduação:** promover a definição da carga horária mínima; definir a necessidade de submissão das propostas de abertura de novos cursos de farmácia ao controle social e/ou a outras formas de regulação; inserir formas de avaliação das mudanças no modelo de formação do farmacêutico para o atendimento das necessidades do sistema de saúde no sistema de avaliação dos cursos de graduação do INEP.

Todas as propostas desenvolvidas pelos grupos de discussão foram apresentadas e comentadas por representantes de entidades diretamente relacionadas à educação farmacêutica: INEP, CAPES, SESU/MEC, DEGEGS/MS, FENEFAR, ENEFAR, além do DAF/MS e ABENFAR.

A participação expressiva, motivada e entusiasmada dos professores, acadêmicos e profissionais farmacêuticos presentes no I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica demonstrou o grande comprometimento da categoria na construção de um modelo de educação e de atuação farmacêutica que responda ativa e decisivamente às demandas sociais e ao desenvolvimento do país. Denota, ainda, o amadurecimento das reflexões em torno do farmacêutico que o Brasil necessita, definido nas propostas como um agente da saúde pública, tecnicamente preparado e politicamente consciente e ativo.

O relatório do evento pode ser acessado integralmente em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio_site_270308.pdf>

Silvana Nair Leite

Farmacêutica. Consultora técnica, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica - CGAFB/DAF/SCTIE/MS, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar
Brasília, DF - 70.058-900.
silvana.leite@saude.gov.br

José Miguel do Nascimento Jr., DAF/SCTIE/MS.

Luiz Henrique Costa, Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico.

Dirceu Aparecido Bras Barbano, DAF/SCTIE/MS.

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até sete mil palavras).

Espaço Aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (título e resumo em português e inglês - até quinhentas palavras - e palavras-chave em português e inglês). Informar endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse (até mil palavras).

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. As submissões devem ser realizadas exclusivamente *on-line*, no sistema **SciELO Submission** (aceso pela página da revista, no SciELO).

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Times New Roman, corpo 12, espaço duplo, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados do autor (nome completo, formação, vínculo institucional - apenas um - e e-mail; em caso de mais de um autor, os dados do autor principal devem incluir endereço completo para correspondência). A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a **cinco**; acima deste número serão listados no rodapé da página. Em **texto** com três autores ou mais devem ser especificadas as contribuições individuais de cada um na preparação do mesmo.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave, omitindo-se o nome do(s) autor(es). Cabe ao(s) autor(es) suprimir quaisquer elementos capazes de identificá-lo(s), tanto no texto quanto no arquivo enviado (o recurso Propriedades, do Word, pode identificar o autor do arquivo).

Notas de rodapé - numeradas e sucintas, devem ser usadas apenas quando **estritamente** necessário.

Ilustrações - tabelas e quadros devem ser elaborados em word for windows ou excel e enviados em arquivo separado, com legendas, numeração e indicação do local de inserção no texto. Figuras e desenhos devem ser scaneados com resolução de 300 dpi, salvos em arquivo tiff ou jpeg, tamanho de até 18 x 24 cm, p/b ou tons de cinza. Gráficos devem ser elaborados em programa de imagem (corel draw) e enviados em arquivo aberto (sem conversão em curvas), p/b ou tons de cinza.

* Reserva-se o direito de não publicar imagens consideradas fora dos padrões gráficos da revista.

Citações - no texto devem subordinar-se à forma (Autor, data).

Casos específicos:

. se transcrição literal, indicar a página da citação (Autor, data, página);

. até três linhas: deixar entre aspas, sem itálico;

. mais de três linhas: destacar do texto (um espaço antes e um depois) sem aspas e sem itálico, indicando a página ao final;

. documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento.

Ex: Campos, 1987a, 1987b;

. seqüência de autores: citar da obra mais recente para a mais antiga.

Referências - todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

**A segunda referência de um mesmo autor (ou autores) deve ser substituída por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga.

*** Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). *Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

Regras específicas

1 Autor do livro igual ao autor do capítulo: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise* da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 Autor do livro diferente do autor do capítulo: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 Autor é uma entidade: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde*. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Séries e coleções: MIGLIORI, R. *Paradigmas e educação*. São Paulo: Aquariana, 1993. 20p. (Visão do futuro, v. 1).

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. *Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel*. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

ARTIGOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1995. p.5.

. Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em: <...>. Acesso em (dia, mês, ano).

. Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. *Cardiovasc. Res.*, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

**** Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita apenas textos inéditos. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Todo manuscrito enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo **Corpo Editorial (editores e editores associados)**. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial. A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais a **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

INTERFACE - Communication, Health, Education publishes original analytical articles or essays, reports and notes on research (unpublished texts); it also edits debates and interviews, in addition to publishing the summaries of dissertations and theses, notes on events and subjects of interest. The editors reserve themselves the right to make changes and/or cuts in the material submitted to the journal, in order to adjust it to its standards, maintaining the style and content.

SECTIONS

Dossier - essays or thematic analytical articles, by invitation of the editors, resulting from original study and research (up to seven thousand words).

Articles - analytical texts or reviews resulting from original theoretical or field research on themes that are of interest to the journal (up to seven thousand words).

Debates - a set of texts on current and/or polemic themes proposed by the editors or by collaborators and debated by specialists, who expound their points of view, it being up to the editors to edit the final texts (up to seven thousand words).

Open page - preliminary research notes, polemic and/or current issues texts, description of experiences, or relevant information aired in the electronic media (up to five thousand words).

Interviews - testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's scope (up to seven thousand words).

Books - publications released in Brazil or abroad, in the form of critical reports or summaries, comments, or an organized collage of fragments of the book (up to three thousand words).

Theses - abstracts of master's degree dissertations, doctoral theses and/or post-doctoral theses (up to five hundred words).

Creation - written reflections emphasizing iconographic, poetic, literary language thus allowing formal liberty

Notes - comments on events, meetings and innovative researches and projects (up to two thousand words).

Letters - comments on the journal and notes or opinions on subjects of interest to its readers. (up to one thousand words).

SUBMITTING ORIGINALS

Interface - Communication, Health, Education accepts material in portuguese, spanish and english for any of its sections. Texts are submitted exclusively on-line through the **SciELO Submission** system (access through the link to the Journal on the SciELO site).

The originals should be submitted in the form of text processed using Word for Windows, in New Times Roman 12-point font, double spaced and pages should have no more than 25 lines. All the originals submitted to the publication for any of the journal's sections should include a summary, not to exceed 150 words, as well as a maximum of five key words connected to the article's theme in portuguese, spanish and english.

The **cover sheet** should state the paper's title (in portuguese, spanish and english) and the author's personal informations (full name, professional information, institution to which the author is affiliated – only one institution – and e-mail; if there is more than one author, information on the corresponding author should include complete address). The names of the authors should be indicated right below the title of the text and is limited to five collaborators. If there are more authors, these should be indicated in a footnote on the title page. In texts with three or more authors, the individual contributions of each of these towards the preparation of the paper should be specified.

Information on the **first page** of the text should be available in portuguese, english and spanish and should include the paper's full title, a summary (of up to 150 words) and five key words at most. The authors' names should be omitted from this page. Any information capable of identifying the authors should be omitted from both the text and the file prior to submission to the journal (The author of a file may be identified in the Word program, by means of the resource "properties").

Footnotes - numbered, short and to be used only if strictly necessary.

Illustrations - Tables and figures should be submitted in Word for Windows or Excell and sent in separate files, with captions, numbering and indications as to where they should be inserted in the text. Figures and drawings should be scanned with 300 dpi resolution, as TIFF or JPEG files. The dimensions of these figures and drawings should not exceed 18 x 24 cm. Graphs should be elaborated utilizing an image program (corel draw) and should be sent in an open file (without converting curves). Tables, figures and graphs must be in black and white or shades of gray.

* The journal has the right not to publish images considered not to comply with its graphic standards.

References included in the text must keep to the "Author, date" format. Specific cases:

. when quoting an author, the page(s) being quoted should also be indicated (Author, date, page(s));

. quotations of up to three lines: include quotation marks but not italics;
. quotations of more than three lines: detach from the rest of the text (one space before and one after the quotation) no quotation marks or italics, the page(s) being quoted should also be indicated (Author, date, page(s));

. documents by the same author published during the same year: add letters, in alphabetical order, after the date and with no space in between. Ex: Campos, 1987a, 1987b;

. a sequence of authors: refer to the most recent document first and to the first document published on this theme last.

Bibliographical references quoted must be listed at the end of the text, in alphabetical order and in compliance with ABNT (NBR 6023) standards, as per the examples shown below:

BOOKS: FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

** The second reference to the same author (or authors) should be substituted by na underline (six spaces) and a period. A sequence of references by the same author should be organized in chronological order from the most recent to the oldest text published.

*** Two or three authors should be separated by semi-colons; if there are more than three authors, indicate only the first author and add the expression et al.

BOOK CHAPTER: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). *Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

Specific norms

1 The author of the book is the same as the author of the chapter: HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

2 The author of the book is different from the author of the chapter: VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

3 The author is an entity: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde*. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

4 Series and collections: MIGLIORI, R. *Paradigmas e educação*. São Paulo: Aquariana, 1993. 20p. (Visão do futuro, v. 1).

ARTICLES from JOURNALS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

THESES: IYDA, M. *Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel*. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

Articles published in Annals of Events:

EVENTS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1995. p.5.

. when the article was consulted on-line, mention the electronic address (URL): Available at: <...> Access on (day, month, year).

. when the article was consulted in printed form, mention the first and last page.

ELECTRONIC DOCUMENTS: WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. *Cardiovasc. Res.*, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Access em: 20 jun. 1999.

* The authors must verify if the electronic addresses (URL) cited in the text are still active.

ANALYSIS AND APPROVAL OF ORIGINALS

Interface - Communication, Health, Education only accepts previously unpublished material. The authors should indicate whether the research was the result of a grant, whether it was approved by an Ethics Committee in its field and whether there are any conflicts of interest involved.

Every text will be submitted to a preliminary evaluation by the Editorial Board. The text approved in this first step will be reviewed by peers (two reviewers at least). It will be returned to the author(s) if the reviewers suggest changes or corrections. In case the reviewers have divergent opinions, the paper will be submitted to a third reviewer for arbitration. The texts approved will be re-viewed by the publishers or by the periodical Editorial Board. Publication of the article implies in fully transferring the copyrights to **Interface - Communication, Health, Education**. The partial or entire reproduction of the published texts is prohibited without prior authorization from the publishers. The texts are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the point of view of the publishers or of the journal's Editorial Board.



 **interface**
comunicação saúde educação

Publicação interdisciplinar dirigida para as Ciências da Saúde em sua articulação com a Filosofia, as Ciências Sociais e Humanas; a Educação e Comunicação em Saúde; e a formação de profissionais de saúde (formação universitária e educação continuada).

Textos completos em
www.interface.org.br
www.scielo.br./icse

ASSINATURA ANUAL
(4 exemplares)

Brasil
individual: R\$ 60,00
institucional: R\$ 80,00

Exterior
individual: US\$ 60,00
institucional: US\$ 80,00



Caixa Postal 592 - Botucatu - SP
CEP 18.618-000
Fone/fax: (14) 3815.3133
intface@fmb.unesp.br

APOIOS/SPONSOR

Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -
Famesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp
MCT-CNPq e MEC-CAPEs - Apoio a Publicações Científicas
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp
Pró-Reitoria de Pós-Graduação/Unesp

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN

. Bibliografia Brasileira de Educação
<<http://www.inep.gov.br>>
. Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades
- CLASE <<http://www.dgbiblio.unam.mx>>
. Directory of Open Access Journal - DOAJ
<<http://DOAJ.org>>
. EMCare <www.info.embase.com/emcare>
. Latindex -Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal <<http://www.latindex.unam.mx/>>
. Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da
Saúde - LILACS <<http://www.bireme.org>>
. Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<<http://www.csa.com>>
. Scientific Electronic Library Online - SciELO
<<http://www.scielo.br>>
. Scopus <<http://info.scopus.com>>
. Social Planning/Policy & Development Abstracts
<<http://www.cabi.org>>
. Social Services Abstracts <<http://www.csa.com>>
. Sociological Abstracts <<http://www.csa.com>>

TEXTO COMPLETO EM/FULL TEXT IN

.<<http://www.scielo.br/icse>>
.<<http://www.interface.org.br>>

SECRETARIA/OFFICE

Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Jr, s/nº - Campus da UNESP
Caixa postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3815.3133
intface@fmb.unesp.br
www.interface.org.br

DISTRIBUIÇÃO PARA LIVRARIAS/DISTRIBUTION

Editora UNESP
Praça da Sé, 108
São Paulo - SP - Brasil 01001-900
Fone: (5511) 3242.7171 (ramal 414/417)
Fax: (5511) 3242.7171 (ramal 415)
E-mail: vendas@editora.unesp.br
<www.editoraunesp.com.br>

ASSINATURA ANUAL/ANNUAL SUBSCRIPTION

Individual - R\$ 60,00 Institucional - R\$ 80,00
(foreign) US\$ 60,00 (foreign) US\$ 80,00

ACEITA-SE PERMUTA



Tiragem: 600 exemplares

Impresso em papel alcalino/Printed on acid-free paper

INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy

