CULTURA DO CUIDADO E O CUIDADO NA CULTURA: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-Reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-Diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE
Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO EM SAÚDE COLETIVA
Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Presidente: Gastão Wagner de Souza Campos

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Junior (UFF)

Felipe Dutra Asensi (UERJ)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UFF e UFRGS)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil

CEPESC Editora
Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva
Av. Boulevard 28 de Setembro, 389 sala 506 – Vila Isabel
CEP 20551-185 - Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 152
URL:www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL) e filiado à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (ABEU).

Roseni Pinheiro
Tatiana Engel Gerhardt
Aluísio Gomes da Silva Junior
Pablo Francisco Di Leo
Marisa Ponce
María Pía Venturiello
Organizadores

CULTURA DO CUIDADO E O CUIDADO NA CULTURA: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul

CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO

1a. Edição

Rio de Janeiro - 2015

Roseni Pinheiro, Tatiana Engel Gerhardt, Aluísio Gomes da Silva Junior, Pablo Francisco Di Leo, Marisa Ponce e María Pía Venturiello
ORGANIZADORES

CULTURA DO CUIDADO E O CUIDADO NA CULTURA: DILEMAS, DESAFIOS E AVANÇOS PARA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO MERCOSUL

1ª edição / novembro 2015

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho
Revisão e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

C967 Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL / Organizadores: Roseni Pinheiro, Tatiana Engel Gerhardt, Aluísio Gomes da Silva Junior, Pablo Francisco Di Leo, Marisa Ponce e María Pía Venturiello – Rio de Janeiro: UERJ/IMS /CEPESC/ LAPPIS/ ABRASCO, 2014.

p. 308
ISBN - 978-85-89737-93-7

1.Integralidade em Saúde. 2. Direito à Saúde . 3. Mercosul. 4. Itinerários terapêuticos. 5. Humanização da Assistência. I. Pinheiro, Roseni. II. Gerhardt, Tatiana Engel. III. Silva Junior, Aluisio Gomes da. IV. Di Leo, Pablo Francisco. V. Ponce, Marisa. VI. Venturiello, Maria Pia. VII. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos, para esta edição, de CEPESC Editora. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa da editora.

SUMÁRIO

Os autores desta coletânea 9

Apresentação 15

PARTE I - DIREITO, ÉTICA E CULTURA: DESAFIOS DAS DIVERSIDADES

Injusticia social, empoderamiento político e subjetivación 21
Bethania Assy

A metáfora do *bien vivir* e sua importância
para o avanço dos direitos coletivos na saúde 31
Paulo Henrique Martins

Jovem, negro e "fora de lugar":
contextos de violência estrutural ou racismo à brasileira 49
Leny A. Bomfim Trad

O que é o processo judicial?
Reflexões sobre profecias, relações de poder e virtualização 65
Felipe Dutra Asensi

PARTE II - FORMAÇÃO, REDES E INTEGRALIDADE DO CUIDADO: DE QUE CULTURA ESTAMOS FALANDO?

Trajetos e passagens de Manu: busca ou fuga do cuidado? 95
Aisllan Diego de Assis e Martinho Silva

Análise da integralidade na formação dos médicos, enfermeiros e dentistas da Universidade Federal da Paraíba 107
Renata Newman Leite Cardoso dos Santos, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Ulisses Umbelino dos Anjose e Danyelle Nóbrega de Farias

Dilemas e desafios da autonomia do trabalho docente no Mercosul 121
Lilian Koifman, Gilson Saippa Oliveira e Carlos Cagnone

A percepção do profissional de saúde sobre o cuidado e a autonomia nos cuidados paliativos 139
Renata Silva Fontes Monteiro, Aluísio Gomes da Silva Junior, Letícia Maria de Oliveira Nunes e Reynaldo Gomes Lopes

Saúde, apoio institucional e transversalidade 169
Fabio Hebert

PARTE III - CORPO, DIREITO E INTEGRALIDADE: INTERSEÇÕES EM TORNO DA ESPECIFICIDADE DO HUMANO NAS DEMANDAS POR CUIDADO

A tessitura do cuidado em saúde a pessoas em situação de rua 181
Maria Gabriela Curubeto Godoy e Alexandra Angélica Marques

O cuidado de mulheres privadas de liberdade e seus filhos: percursos e mediações de gestores e trabalhadores para garantia do direito à saúde dessa população 199
Fernanda Manso Maselli Coutinho, Polyana Monteiro Mourão, Patrícia Rodrigues da Costa e Tatiana Coelho Lopes

"Os de fora" - elementos para pensar a integralidade em saúde para os rurais 211
Marta Julia Marques Lopes e Marta Cocco da Costa

Deficiência como um desafio para uma teoria da justiça corporal 227
Francisco Ortega

Discapacidad: abordajes desde
el modelo social, el cuerpo y el cuidado integral 241
María Pía Venturiello

PARTE IV - ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, COMUNICAÇÃO E DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS: ABORDAGENS TRANSVERSALIZADAS CENTRADAS NO USUÁRIO NA CULTURA DO CUIDADO

Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador
da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura 255
Tatiana Engel Gerhardt e Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Comunicação como dispositivo de valorização
da cultura e da integralidade do cuidado em saúde 271
Cristianne Maria Famer Rocha, Vania Roseli Correa de Mello, Camilo Darsie,
Janaina Matheus Collar, Malviluci Campos Pereira, Mara Nibia da Silva,
Paula Barbosa Corrêa, Rita Mello de Mello e Talita Abi Rios

Construyendo un modelo socio-comunitario para
el cuidado integral en consumo problemático de drogas 283
Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti, Alejandro Capriati, Pablo Francisco Di Leo e
Gabriela Wald

Nodos biográficos, vulnerabilidades y cuidados en jóvenes en barrios
populares: construyendo abordajes analíticos y prácticos integrales 295
Pablo Francisco Di Leo e Ana Clara Camarotti

OS AUTORES DESTA COLETÂNEA

Aisllan Diego de Assis – enfermeiro, especialista em Psiquiatria e Saúde Mental, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ (aisllandiego@hotmail.com).

Alejandro Capriati – becario posdoctoral del CONICET, con sede en el IIGG, FCS, UBA; licenciado en Sociología (UBA); doctor de la UBA en Ciencias Sociales (alejandrocapriati@gmail.com).

Alexandra Angélica Marques – coordenadora e enfermeira do Consultório na Rua Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre-RS.

Aluísio Gomes da Silva Junior – médico; doutor em Saúde Pública; professor associado IV do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense; líder do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde (GEGES/ISC-PROPPi-UFF/CNPq) e pesquisador associado do LAPPIS (agsilvajr@gmail.com).

Ana Clara Camarotti – investigadora adjunta del CONICET con sede en el IIGG, FCS, UBA; consultora externa de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA); licenciada en Sociología (UBA); magíster de la UBA en Políticas Sociales; doctora de la UBA en Ciencias Sociales (anaclaracamarotti@gmail.com).

Ana Lía Kornblit – investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina; doctora de la UBA en Antropología (alkornblit@gmail.com).

Bethania Assy – profesora de Filosofía del Derecho de la Universidad del Estado de Río de Janeiro y de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro.

Camilo Darsie – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Educação; doutor em Educação (PPGEDU/UFRGS).

Carlos Cagnone – fisioterapeuta, doutorando em Ciências Biomédicas na Escola de Medicina do Instituto Universitário Italiano de Rosario; docente do Instituto Universitário del Gran Rosario (IUGR), Argentina.

Cristianne Maria Famer Rocha – professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL/UFRGS); doutora em Educação – PPGEDU/UFRGS (cristianne.rocha@ufrgs.br).

Danyelle Nóbrega de Farias – fisioterapeuta, mestranda em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz – professora em Saúde Coletiva no Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; doutora em Desenvolvimento Rural pela UFRGS; membro do GESC-UFRGS.

Fabio Hebert – psicólogo; mestre em Psicologia (UFF); doutor em Educação (UFES); professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (fabiohebert@gmail.com).

Felipe Dutra Asensi – professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; pós-doutor em Direito (UERJ); doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos da UERJ (felipedml@yahoo.com.br).

Fernanda Manso Maselli Coutinho – enfermeira obstetra do Hospital Sofia Feldman, presta assistência às mulheres no Presídio Feminino José Abranches Gonçalves (fmmlli@hotmail.com).

Francisco Ortega – professor associado do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; pesquisador do CNPq e Cientista de Nosso Estado da FAPERJ (fjortega2@gmail.com).

Gabriela Wald – investigadora adjunta del CONICET con sede en el IIGG, FCS, UBA; magíster en Educación, Promoción de la Salud y Desarrollo Internacional (Institute of Education, University of London); doctora en Ciencias Sociales – UBA (gawald@gmail.com).

Gilson Saippa Oliveira – cientista social, doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), docente adjunto IV do Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia (FEF) da Universidade Federal Fluminense; pesquisador do LUPA Saúde e pesquisador associado do LAPPIS.

Janaina Matheus Collar – membro da Comissão Executiva, Editora Rede Unida; especialista em Gestão Pública e em Direitos Humanos e Genocídio.

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro – doutora; docente do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba.

Leny Alves Bomfim Trad – professora associada IV, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA); coordenadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (trad@ufba.br).

Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes – graduanda em Medicina da Universidade Federal Fluminense -UFF, Bolsista PIBIC – CNPq.

Lilian Koifman – pedagoga, doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); docente associada II do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense; pesquisadora do LUPA Saúde e pesquisadora associada do LAPPIS (liliankoifman@id.uff.br).

Malviluci Campos Pereira – preceptora da Residência Multiprofissional, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas; especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde.

Mara Nibia da Silva – Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; doutoranda em Educação (PPGEDU/UFRGS).

Maria Gabriela Curubeto Godoy – professora adjunta do Bacharelado de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; supervisora clínico-institucional do Consultório na Rua Centro de Porto Alegre-RS (gabriela.godoy@ufrgs.br).

María Pía Venturiello – investigadora del CONICET y del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, Univesidad de Buenos Aires (UBA); doctora en Ciencias Sociales por la UBA (venturiello@yahoo.com.ar).

Marta Cocco da Costa – doutora em Enfermagem; professora adjunta, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões (marta.c.c@ufsm.br).

Marta Julia Marques Lopes – doutora em Sociologia; professora titular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (marta@ufrgs.br).

Martinho Silva – psicólogo; doutor em Antropologia; professor adjunto do IMS/UERJ (silmartinho@gmail.com).

Pablo Francisco Di Leo – investigador adjunto del CONICET con sede en el IIGG, FCS, UBA; profesor regular de la Carrera de Sociología, UBA; doctor de la UBA en Ciencias Sociales; Posdoctorado en Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, IMS/UERJ (pfdileo@gmail.com).

Patricia Rodrigues da Costa – terapeuta ocupacional do Hospital Sofia Feldman; especialista em Neonatologia pela FES/HSF, presta assistência ao recém-nascido e mulher no Centro de Referência a Gestante privada de Liberdade de Minas Gerais (patriciarcosta@yahoo.com.br).

Paula Barbosa Corrêa – Unimed Porto Alegre; especialista em Saúde da Família e em Gestão em Alimentação e Nutrição.

Paulo Henrique Martins – doutor, professor titular de Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); pesquisador 1B do CNPq; coordenador do Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança – NUCEMNESG (pahem@terra.com.br).

Polyana Monteiro Mourão – enfermeira obstetra do Hospital Sofia Feldman e da Maternidade Municipal de Contagem; presta assistência às mulheres no Presídio Feminino José Abranches Gonçalves e Complexo Penitenciário Feminino Estevão Pinto (polyanamm@yahoo.com.br).

Renata Newman Leite Cardoso dos Santos – fisioterapeuta, mestre em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba; Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (renatanewman@hotmail.com).

Renata Silva Fontes Monteiro – psicóloga, mestre em Saúde Coletiva; doutoranda do Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – UFF-UFRJ-UERJ-ENSP/FIOCRUZ; professora da Universidade Veiga de Almeida.

Reynaldo Gomes Lopes – fonoaudiólogo; mestre em Educação; professor da Universidade Veiga de Almeida.

Rita Mello de Mello – gestora do Cuidado em Saúde Mental, Grupo Hospitalar Conceição; mestre em Enfermagem (PPGENF/UFRGS).

Roseni Pinheiro – pós-doutora em Direito pelo Núcleo de Direitos Humanos da PUC-RIO, em parceria com a Universitá degli Studio Del Piemonte Orientale Amedeo Avogradro, Itália; doutora em Saúde Coletiva; professora adjunta, Instituto de Medicina Social da UERJ; líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS (rosenisaude@uol.com.br).

Talita Abi Rios – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; mestranda em Saúde Coletiva (PPGCOL/UFRGS).

Tatiana Coelho Lopes – fisioterapeuta do Hospital Sofia Feldman; integrante da Linha de Ensino e Pesquisa; pesquisadora do LAPPIS e pós-doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ (tatianacoelholopes@gmail.com).

Tatiana Engel Gerhardt – professora em Saúde Coletiva (Bacharelado, PPG em Saúde Coletiva e PPG em Desenvolvimento Rural), Universidade Federal do Rio Grande do Sul; pós-doutora em Antropologia Visual, EHESS e Université Bordeaux Segalen, França (tatiana.gerhardt@ufrgs.br /gesc@ufrgs.br).

Ulisses Umbelino dos Anjos – doutor; docente do Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba.

Vania Roseli Correa de Mello – professora assistente em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul; doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI/UFF).

APRESENTAÇÃO

Cultura do Cuidado e o Cuidado na Cultura: ensejando a mentalidade alargada sobre integralidade em saúde

Esta coletânea se alicerça em diferentes perspectivas oferecidas pelos autores-pesquisadores-colaboradores da Rede Multicêntrica de Pesquisa Incubadora da Integralidade e convidados, de modo a permitir contemplar as múltiplas experiências do pensar e agir acerca da integralidade do cuidado, a partir de distintos contextos sociais, geopolíticos e epistêmicos. Além disso, busca compor uma espécie de *sensus communis* acadêmico, científico e intelectual, cujas divergências não signifiquem uma contradição entre elas, mas que sirvam de complemento, como nos ensina Hannah Arendt, ao propor a ideia da mentalidade alargada.

Com efeito, trata-se da possibilidade de criar um espaço público acadêmico para (re)pensar um mundo da saúde *comum*, cujo nexo constituinte de reflexão crítica possa acolher diferentes maneiras de se ver e experienciar a ideia do cuidado como nexo recíproco da ideia de cultura, tanto em sua dimensão conceitual como prática no campo da saúde.

Entretanto, cabe-nos ponderar, parafraseando Celso Lafer, que talvez estejamos apostando numa certa ruptura com um modo de produzir o conhecimento tradicional –neste caso na saúde –, a fim de dar conta da necessidade de consubstanciar, cada vez mais, os princípios universais do SUS – aqui a integralidade do cuidado e da atenção na saúde. Isto porque, ao assumirmos a integralidade como princípio teórico-prático nas ações de saúde, acreditamos que, por definição, esse princípio

somente se materializa como ação. Logo, torna-se fundamental para sua reafirmação ético-política-formativa, para consolidar seus desígnios no cotidiano das instituições da saúde, justiça e educação.

Em verdade, essa ousadia intelectual nasce da vivência coletiva de 14 anos do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS, mais especificamente na produção do XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade, cuja organização configurou uma estratégia de pesquisa-ensino-extensão/intervenção, de natureza binacional. Com o tema *Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL,* seus objetivos principais consistiram em criar visibilidade para um posicionamento ético-epistemológico-político voltado ao compartilhamento solidário do conhecimento tecnológico e científico desenvolvido por diferentes pesquisadores e instituições. Um evento de fôlego, teve como objetivo conhecer os saberes e práticas de saúde de integralidade do cuidado, em suas dimensões técnicas, éticas e culturais na efetivação do direito à saúde, no âmbito dos países integrantes do Mercosul. Foi promovido pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade de Buenos Aires (UBA) e realizou-se nos dias 13 a 17 de outubro de 2014, em Porto Alegre, Brasil, e em Buenos Aires, Argentina.

Reunindo 19 textos originais distribuídos em quatro partes, esta coletânea tem o intuito de pavimentar um horizonte investigativo voltado para a discussão coletiva de redes orgânicas de pesquisa para reafirmação do direito à saúde como direito humano, considerando as distintas culturas de nossa América Latina.

Na primeira parte, intitulada *Direito, ética e cultura: desafios das diversidades*, os leitores poderão dialogar com possibilidades teóricas contemporâneas e atuais. Bethania Assy oferece uma leitura rigorosa e brilhante sobre o tema da (in)justiça social, cotejando com questões relativas ao empoderamento político e o processo de subjetivação. Paulo Henrique Martins oferece-nos uma dádiva analítica bastante inovadora sobre a metáfora do "*bien vivir*" como contribuição epistêmica para se repensar no Brasil a ideia de direito coletivo. Leny Trad, com sua perspicácia analítica e engajada socialmente, nos traz a problemática

do racismo institucional; e Felipe Asensi, em sua análise competente nos convida a refletir sobre a práxis do processo judicial.

Na segunda parte, intitulada *Formação, redes e integralidade do cuidado: de que cultura estamos falando?*, acolhemos perspectivas híbridas. Aisllan Diego de Assis e Martinho Silva, de forma genuína, nos presenteiam com elementos de uma pesquisa empírica sobre os trajetos e passagens de Manu: busca ou fuga do cuidado? Os autores nos oferecem indícios de uma leitura crítica sobre a experiência de pessoas em situação de viver nas ruas. Já Renata Newman Leite Cardoso e colaboradores nos apresentam uma análise da integralidade na formação dos médicos, enfermeiros e dentistas da Universidade Federal da Paraíba, com várias questões pertinentes para se repensar a força de trabalho no SUS. Lilian Koifman, Gilson Saippa Oliveira e Carlos Cagnonenos oferecem questões para o debate sobre os dilemas e desafios da autonomia do trabalho docente no Mercosul. Renata Silva Fontes Monteiro e colaboradores apresentam resultados de uma pesquisa empírica a respeito da percepção do profissional de saúde sobre o cuidado e a autonomia nos cuidados paliativos. Esta parte se encerra com a reflexão de Fabio Hebert, que destaca de forma inovadora a contribuição do tema do apoio institucional da saúde, enaltecendo os efeitos e repercussões na produção de cuidado na saúde.

Já na terceira parte, intitulada *Corpo, direito e integralidade: interseções em torno da especificidade do humano nas demandas por cuidado*, evidenciou-se a pluridimensionalidade do direito à integralidade do cuidado. Maria Gabriela Curubeto Godoy e Alexandra Angélica Marques discutem a nervura do real do cuidado a pessoas em situação de rua. Fernanda Manso Maselli Coutinho e colaboradores enfatizam os percursos e mediações necessárias a serem observadas pelos gestores e trabalhadores do cuidado prestado a mulheres privadas de liberdade. Já Marta Julia Marques Lopes e Marta Cocco da Costa nos desafiam a pensar a integralidade em saúde para os rurais. Francisco Ortega e María Pía Venturiello expõem sobre a deficiência e/ou *discapacidad* como fonte de teoria viva para se repensar o cuidado em saúde.

Por último, a quarta parte, com o título *Itinerários terapêuticos, comunicação e dispositivos comunitários abordagens transversalizadas*

centradas no usuário na cultura do cuidado, pretende alargar nossa compreensão sobre os itinerários terapêuticos a partir de abordagens transdisciplinares como dispositivo de comunicação pública reveladora de multiculturalidades e arranjos comunitários da integralidade do cuidado. Tatiana Engel Gerhardt e Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz propõem os itinerários terapêuticos como dispositivos de visibilização dos aspectos culturais do cuidado. Cristianne Maria Famer Rocha e colaboradores destacam que a comunicação também se constitui como dispositivo que não somente valoriza a cultura, como reforça as ações de efetivação de integralidade do cuidado em saúde. Na esteira da contribuição portenha, segue-sem os textos de Ana Lía Kornblit e colaboradores, que apresentam um modelo sócio-comunitario centrado no cuidado integral ao consumo de drogas, e o de Pablo Francisco Di Leo e Ana Clara Camarotti, que oferecem abordagens mais amistosas à integralidade em saúde, nos quais as categorias "vulnerabilidade" e "cuidado aos jovens dos bairros populares" no desafiam a repensar os protocolos de investigação.

Por último, podemos afirmar que superamos mais um desafio, o de atravessar as fronteiras do debate sobre a integralidade em saúde, a partir de um conjunto diferenciado de perspectivas. Há aqui o sincero intuito de promover um juízo reflexivo sobre como agir em saúde para reafirmar os sistemas universais de saúde. A integralidade da atenção e do cuidado em saúde são a consigna da fusão de horizontes, que se constroem a partir do singular para encontrar universal justo e coerente com a defesa da vida. Esse "universal" poderia ser nada mais do que encontrar o mundo comum na saúde, onde se cultivem sentimentos públicos e que se possa alargar ainda mais nossa mentalidade sobre o direito à saúde como direito humano à cultura do cuidado.

Desejamos boa leitura a todos.

Os organizadores

PARTE I

Direito, ética e cultura: desafios das diversidades

Injusticia social, empoderamiento político e subjetivación[1]

Bethania Assy

El enfoque post-normativo de la fenomenología de la injusticia social empieza con el vacío dejado entre dos concepciones de la justicia que han dominado, y de hecho, definen, el pensamiento moderno, a saber, el universalismo kantiano y el particularismo aristotélico-hegeliano.

La principal gramática normativa de las teorías legales de justicia privilegia principios morales y enfoques procedimentales, y son presumiblemente universales, representan abstractamente el sujeto. El precio de esta abstracción es la negación de la atribución de valor teórico a las experiencias concretas de injusticia. Mientras que, los enfoques comunitarios soportan modos identitarios de la justicia mediante la afirmación de las minorías identitarias. Reducen el ámbito de la libre determinación por el relativismo valorativo y la fijación de comunidades éticas concretas (*Sittlichkeit*). Ambas tradiciones definen la justicia en términos de la razón universal o la identidad particular. En ambos casos, la morfología arquetípica del imperio de la ley reproduce primordialmente el mismo esquema de representación, (sea la forma del estado nacional o la forma de la normatividad cosmopolita), en la que la narrativa lleva una baja capacidad para comprender el evento singular, impredecible de la injusticia.

[1] Este artículo es parte de un proyecto de investigación/libro titulado: El sujeto de la injusticia – *Acción Política, Derecho y Empoderamiento (The Subject of Injustice: Political Action, Law, and Empowerment).*

Común a ambos es tejer juntos *nomos* y *ethos*, y convertir el concepto moderno de la justicia en un constructo normativo/ético en lugar de una arquitectura política real. El punto de partida es problematizar algunas de las posiciones adoptadas por la mayoría de los teóricos normativos de la justicia: descuidar o negar el derecho de entrada como una orden política. La fenomenología de la injusticia no puede neutralizar las consecuencias de la brecha histórica elevándose a tensión interna entre la extraordinariedad de la acción política y la estabilidad del derecho constitucional. Tal es la ambivalencia jurídico-político de la ley, que está situada entre la normatividad y la vida fáctica (emancipación). No sólo es constitutiva de la propia ley sino que abarca también la posibilidad de reconocer la crisis de la validez de la ley y su violencia operativa interna.

Para articular una percepción de la justicia que module simultáneamente la singularidad y la comunalidad del proceso mismo de subjetivación política, algunos de los términos claves del pensamiento moderno necesitan ser puestos entre paréntesis, entre ellos, la temporalidad misma de fenómeno de la injusticia.

El principal argumento en mi investigación se base en la suposición de que singularidad y comunalidad reivindicadas en nombre de derechos imprevistos e incontrolables interrumpen el flujo lineal del tiempo histórico (*kronos*) y abren el tiempo factual momentáneo (*kairos*): el tempo de experiencia de la injusticia. Crean, de este modo, un momento revolucionario: Dan voz a aquellos echados fuera de las categorías aceptadas, los excluidos, los fuera de la ley, los insurgentes y rebeldes.

En estas subjetividades que resisten, por lo tanto, el proceso de subjetividad se articula más allá de la abstracción vacía o de la concretización identitaria impuesta. Y, sin embargo, por ser radicalmente indeterminada, previene que se torne hegemónica. Ellos, mientras que su aura se deriva de la facticidad legal, subvierten la ley misma, al tornarla herramienta de la acción política. De esta forma, a subjetivación política expresa el principio de la esperanza, que a su vez, suscribe una fuerza liberadora en el corazón de la justicia política.

Este marco teórico sirve de fondo a lo que considero los cuatro debates de fondo sobre la fenomenología de la injusticia social que

intento articular: la temporalidad de la injusticia; el empoderamiento de la subjetividad y de la comunidad política; el derecho como orden política; y, por supuesto, la injusticia en sí.

Las figuras emblemáticas de esas invisibilidades normativas se encuentran suspendidas bajo la positividad de la ley, o bajo la falsa premisa ontológica de un libre arbitrio autónomo. Son: los parias, los non-sujetos, los desposeídos, los *outsiders*, los vencidos de la historia, los invisibles sociales, los sujetos marginados de los movimientos sociales, los sin nombre de los enfrentamientos de la policía, los locos de los hospitales psiquiátricos y en las calles, los inmigrantes ilegales, por citar ejemplos de los muchos sujetos nacionales y supranacionales non-representados.

Es cierto que el actual vocabulario teórico de la biopolítica ya nos permite sea enfrentar la terminología kantiana normativa de la justicia procedimental sea identificar la nuda vida de la política identitaria. En términos de desarrollo de una gramática de la biopolítica que considera la injusticia mediante la captura de la vulnerabilidad de la experiencia vivida, muncho ya se ha logrado, por ejemplo, en la obra de Agamben sobre el *nomos* biopolítico de vidas insignificantes.[2]

Su abordaren al *homo hacer* denuncia los mecanismos históricos de la producción de la nuda vida y su aparato jurídico-político. La invisibilidad política producida por el imperio de la ley puede llegar más allá del nivel del imaginario social; puede referirse literalmente a la invisibilidad del cuerpo mismo, el último lugar de resistencia. Sin embargo, esta investigación tiene como objetivo alcanzar a otra dimensión de una fenomenología de la injusticia social. La reivindicación principal aquí es más allá de la captura biopolítica. Las experiencias concretas de injusticia social pueden generar resistencia y empoderamiento político de los sujetos.

En lugar de centrarse en los actuales diagnósticos *biopolíticos* que presentan os sujetados como parte de acontecimientos históricos tales como masacres, violaciones de derechos humanos, gobiernos, sistemas económicos o, simplemente, víctimas de la injusticia, mío enfoque es,

[2] Cf. Agamben (2004).

al revés, afirmar las formas en que as experiencias de sujeción crean empoderamiento y resistencia política de los vulnerables.

Las formas en que las personas pueden resistir invisibilidad y adquirir el empoderamiento político son examinadas mediante tres aspectos: por la constitución de la subjetividad; por la resistencia política en la arena político-jurídica; y por la exigencia de responsabilidad hace el otro.

Discuto una variedad de experiencias políticas y culturales de fusión de la injusticia y la resistencia de los vulnerables. Esencialmente tomados como laboratorios de resistencia, considero los estudios sociológicos, antropológicos y etnográficos de ciertos movimientos sociales y otros movimientos políticos/culturales insurgentes en Brasil. Considero tres tipos de resistencia: subjetividades insurgentes, políticas extraordinarias de resistencias y la política post-identitaria del amor.

Aquí, entre tanto, voy a concentrarme en el proceso de empoderamiento político en la constitución de la subjetividad, lo que llamo de subjetividades insurgentes.

La temporalidad de la injusticia: ruptura y acontecimiento

En primer lugar, una breve nota sobre la temporalidad de la injusticia. Voy a considerar una noción epistemológica de la temporalidad sobre la base de la imprevisibilidad de acontecimiento, en vez de la historicidad teleológica progresiva. Considero La noción de acontecimientos singulares en lugar de progreso universal como la materia prima de la fenomenología de la injusticia. El caso singular de la injusticia es apreciado más allá de lo *logos* de las narrativas abstractas Neo-kantiana. Un nuevo enfoque sobre la narrativa, la narrativa testimonial, capaz de mantener una zona abierta de indeterminación entre facticidad y la representación, más allá del discurso universal de la construcción de la formulación abstracta de los derechos fundamentales del hombre.

La noción de ruptura juega un papel clave para oponer se a la visón del proceso de medios y fines como materia de la historia.[3] Critica la historicidad del derecho y sus narrativas predominantes,

[3] En esta etapa, me refiero al esquema temporal de los intelectuales judíos de Europa Central en la década de 1920. Particularmente: Benjamin (2002; 1991; 1985) y Rosenzweig (2000; 2005).

en particular, el tipo de racionalidad enmarcada por la legitimidad del Estado de Derecho, más expresivo a través de sus dos fuentes: la historicidad de la teoría hegeliana de la ley, y la normatividad kantiana. Las bases político-jurídicas epistemológicas de las teorías actuales de la justicia procedimental operan teleológicamente, predeterminando códigos racionales y valores, normas e instituciones (HEGEL, 1977, 1988, 1967; HYPPOLITE, 1974; TAYLOR, 1975; PINKARD, 1994; KANT, 1990; WARNKE, 1993). Historicidad Lineal de coherencia progresiva y racional fundamentan la legitimación de las teorías normativas abstractas de la justicia.

A la temporalidad hegeliana de los estados modernos y naciones, opongo la temporalidad mesiánica de la tradición judía de Intelectuales de la Europa Central del período de entreguerras, que se caracteriza por el pensamiento recurrente de discontinuidad en la historia. Voy a tomar en cuenta la nueva articulación de las resientes teologías políticas para describir la experiencia singular de la injusticia social: la temporalidad del acontecimiento. Aquí lo que es sustancial en la actual apropiación de la temporalidad mesiánica es su énfasis en la inminencia constante e impredecible del llamando a actuar aquí y ahora: el "basta" de la ruptura, en la experiencia de la injusticia (*the enough is enough in experiencing justice*).

El empoderamiento político en la constitución de la subjetividad

Subjetividades insurgentes

Una de las principales categorías del proceso de subjetivación recae sobre la experiencia fáctica en sí mismo. En el caso de la justicia, las propias experiencias de injusticia a que uno está expuesto, a saber, la marginación, la muerte social y la invisibilidad política. Al asumir que ni el sujeto abstracto de la ley ni el esqueleto comunitario de identidades fijas pueden cumplir con el déficit de representación dada por la experiencia fáctica de la injusticia, nos lleva a preguntar acerca de su *anthropos*.

El intento aquí es precisamente para asegurar que los procesos creativos de subjetivación y la acción política operen juntos en la elaboración de la subjetividad y la comunidad política, lo singular y lo común. Y, a reivindicación de un nuevo protagonista en el enfoque

de singularidad y comunidad: el empoderamiento del sujeto que sufre formas duras de injusticia social, más allá de su captura biopolítica. Y no me refiero aquí al modo de subjetivación por *misrecognition* negativo (Axel Honneth)[4] sino más bien, mediante el proceso de empoderamiento del sujeto en la acción política, más allá de la política representativa, neo-kantiana o Neo-hegeliano.

Por lo tanto, mi preocupación se basa en el propio proceso de subjetivación en el enfrentamiento de la injusticia social. Teniendo en cuenta la variedad de experiencias políticas y culturales de la fusión de la injusticia social y la resistencia, permítanme ilustrar lo que yo llamo las subjetividades insurgentes.

Quiero destacar una especial atención a la experiencia / acontecimiento / acto en la proceso de empoderamiento de la subjetividad. Más allá del sujeto abstracto de la ley, una de las pocas alternativas que quedan para la inclusión legal / sociales ha sido principalmente realizada por la verificación identitaria (*identity politics*).

Voy a seguir una tendencia actual de la filosofía política contemporánea para tratar la cuestión de la subjetividad comprometida con la acción política. Una de las principales referencias comunes aquí se basa en el análisis de la temporalidad mesiánica en la obra de Walter Benjamin –, sino también en las lecturas filosóficas actuales en las cartas de Pablo.[5] Mi objetivo es más bien tener en cuenta el debate en torno a la noción de singularidades universales[6] más allá de comunitarismo identitario y, por supuesto, también de las dominantes abstracciones principiológicas Kantianas.

A partir de eso, se deriva el refuerzo de la vida fáctica en el proceso de subjetivación. La subjetividad no moldeada por atributos esencialistas

---

4 Cf.: Honneth (1996).

5 Aquí sigo una tendencia mesiánica actual en la filosofía política contemporánea para hacer frente a la cuestión de la subjetividad (Giorgio Agamben y Alain Badiou). Una de las principales referencias comunes aquí se basa en el análisis de la temporalidad mesiánica en la obra de Walter Benjamin – sino también en las lecturas filosóficas actuales en las cartas de Pablo. Exploro el fundamento paradójico de noción Paulina de comunidad, cuya referencia anacrónica se establece entre un sujeto no identitario y una ley cuyo principal componente es el impacto de la propia adhesión de la ley, el impacto de su proclamación (Euaggelion), en lugar de su forma obligatoria y prescriptiva. Conferir, particularmiente, Agamben (2005).

6 Cf.: Badiou (2003).

/ identidades, sino más bien formada por la orden de lo que ocurre, por la experiencia misma de injusticia social, ni estructural, ni axiomática ni legal.[7] El compromiso aquí es hacia una demanda situada, a pesar de que no reducida a la demanda misma (a la petición).

Nos lleva a una cuestión central, la concepción de universalidad situada se puede abordar sin seguir ya sea un enfoque esencialista, o meras políticas de identidad. Mi argumento es que los criterios de las identidades en el proceso de subjetivación política no deben ser reducidos al dominio de una esencia cultural o conceptual. Más bien se puede considerar como partes del proceso de subjetivación en el que opera una simetría ontológica con acciones políticas concretas, una dimensión ontológica política permanente que se forma en la acción. En el momento político del acontecimiento, subjetivación y la acción política suceden a la vez. En otras palabras, sostengo que lo que nos pone en común es precisamente actúa en conjunto como una forma de vida, comprometidos en una demanda política concreta. Actuar juntos es una identidad sin identidad.

Narrativas de injusticia confirman el valor intelectiva de los que dan testimonio, más allá de todos los horizontes normativos de la representación, en la que la cuenta principal de la injusticia es a la distribución métrica, un vocabulario bastante recurrente en la justicia normativa. La petición del sujeto que sufre injusticia exige el compromiso con lo que voy a llamar de la política del extraordinaria. Es una voz "como si" sin mediación, una manifestación política temporalmente imprevisible de palabras y actos en vista de un proceso de empoderamiento de subjetivación potencialmente abierto.

En este punto, permítanme exploro la epistemología judía del testigo, el hablar, que tiene por objeto, precisamente, promover una disyunción en el tiempo histórico lineal (este comprometido con las racionalidades y temporalidades institucionales). Tratase de

[7] Aquí las reflexiones de Heidegger sobre Pablo en su fenomenología de la religión serán cruciales. Su descripción de las experiencias fácticas de las comunidades cristianas primitivas comienza históricamente por proclamación. Se destaca la experiencia original; la forma en que las relaciones mundanas son vividas (*carry-out, Volzug*), la forma de vivir, más allá de la base conceptual clásica, dogma o teoría. Cf.: Heidegger (2010).

una desviación en el tiempo de quien sufre a injusticia que lleva a la impaciencia del cambio: a una expectativa inminente de actuar, cambiar, aquí e ahora, que es decir, a la promesa real de la política.[8] La defensa de nuevas expresiones de subjetivación, las narrativas mismas de los sujetos que sufren injusticias sociales sostienen un dominio político que empoderan a los socialmente invisibles.

En lugar de victimizar a los heridos, los invisible sociales, como meros ingredientes pasivos lesionados del masacre de acontecimientos históricos, como víctimas de los derechos humanos de un hecho, de un gobierno o de una economía, afirmo que en el centro mismo de la captura biopolítica, al mismo tiempo, tiene lugar un auténtico proceso de empoderamiento del sujeto de la injusticia. Como ya se ha señalado, creo que opera una simetría ontológico dentro de las acciones políticas concretas, en las que subjetivación y la acción política que sucede a la vez. Implica un proceso de la subjetividad que expande la emancipación política.

La acción política no puede ser reducida al vocabulario de la democracia representativa. Para los muchos brasileños marginados a largo plazo que reivindican justicia, la acción política no puede limitarse a una racionalización inmóvil y perpetuamente atrapada en un círculo de espera paciente de un progresivo proceso institucional razonable de la consecución de los derechos a través de los celebrados medios habituales de la política representativa.

Para muchos tipos de sujeción de los invisibles, los non-sujetos, la urgencia de la injusticia es *a time out of joint* (un tiempo fuera de sus goznes). Como sostenido por Rancière, el político es posible sólo cuando el orden natural de la dominación es interrumpido por la visibilidad de una parte de los que no tienen parte (RANCIÈRE, 1995, p. 31; MATE, 2011, p. 75).

A apertura a la imprevisibilidad de actuar políticamente juntos empodera a creatividad de la acción política. La posibilidad permanente de las lagunas de la historia ofrece una nueva visión de esperanza, localiza el poder de creer en el corazón de la acción

[8] Cf.: Benjamin (1985) y Rosenzweig (2005).

política. "No hay tal cosa como" el tiempo adecuado "de la acción política. Cada momento conserva la "energía revolucionaria" de lo nuevo" (MOSÈS, 2008, p. 109).

Esperanza, un poderoso elemento de la acción, es una de las categorías más fuertes de la emancipación política. Al argumentar esto me refiero a tomar el sujeto fuera de la zona de la desigualdad hace la zona de la igualdad. Benjamin, en su obra esencial sobre el concepto de historia, afirma: "no hay un momento que no llevaría consigo su oportunidad revolucionaria" (HIRVONEN, 2011).

Para él, la cuestión central es cómo identificar la manifestación de esos momentos en cada contexto histórico y político. Por lo tanto, la principal tarea que se deja para nosotros hoy en día consiste en identificar en nuestro tiempo presente los hechos políticos concretos que son capaces de interrumpir la historia de opresión en el aquí y ahora. Esta tarea exige una historia diferente de las víctimas, una en la que los sujetos políticos empoderan a sí mismos, en la que se dan una voz política.

Una última anotación: me pregunto cómo los sujetos sometidos a la invisibilidad social nos sistemas públicos de salud están reaccionando a la ausencia de asistencia médica y de cómo están capacitando a sí mismos en un tiempo, en un espacio y en una lucha de resistencia.

Referencias

AGAMBEN, G. *Homo Sacer*: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: EdUFMG, 2004.

_____. *The Time That Remains – a commentary on the Letter to the Romans*. Stanford: Stanford University Press, 2005.

BADIOU, A. *The Foundation of Universalism.* Stanford: Stanford University Press, 2003.

BENJAMIN, W. *Das Passagen-Werk*. Band V, I and 2: *Gesammelte Schriften*. Frankfurt: Suhrkamp, 1991.

_____. *The Arcades Project*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.

_____. Theses on the Philosophy of History. In: _____. *Illuminations.* Essays and reflections. New York: Schocken Books, 1985

HEGEL, G. W. F. *Phenomenology of Spirit*. Oxford: Oxford University Press, 1977.

_____. *Philosophy of Right*. New York: Oxford University Press, 1967.

HEIDEGGER, M. *The Phenomenology of Religious Life*. Indiana: Indiana University Press, 2010.

HIRVONEN, A. The politics of revolt: on Benjamin and critique of law. *Law and Critique*, v. 22, n. 2, p. 101-118, 2011.

HONNETH, A. *The Struggle for Recognition:* the moral grammar of social conflicts. Cambridge: The MIT Press, 1996.

HYPPOLITE, J. *Genesis and Structure of Hegel's Phenomenology of Spirit*. Evanston: Northwestern University Press, 1974.

_____. *Hegel and Modern Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.

KANT, E. Doctrine of right. In: _____. *The metaphysics of morals*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MATE, R. *Tratado de la injusticia*, Barcelona: Anthropos, 2011.

MOSÈS, S. *The Angel of History – Rosenzweig, Benjamin, Scholem*. Stanford: Stanfod University Press, 2008.

PINKARD, T. *Hegel's Phenomenology – The Sociality of Reason*. (Cambridge: Cambridge University Press), 1994.

RANCIÈRE, J. *La Mésentente.* Galilée: Paris, 1995.

ROSENZWEIG, F. *Philosophical and Theological Writings.* Cambridge: Hackett Publishing Company, 2000.

_____. *The Star of Redemption*. Part One, Book Two: Reality of the World. Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 2005.

TAYLOR, C. *Hegel*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.

WARNKE, G. *Justice and interpretation*. Cambridge: MIT Press, 1993.

A metáfora do *bien vivir* e sua importância para o avanço dos direitos coletivos na saúde[1]

Paulo Henrique Martins

Introdução

O tema dos direitos humanos é muito amplo, mas ao trazê-lo para a saúde já podemos delinear um debate mais preciso sobre seus usos não somente como produção cultural em geral, mas como cuidado com o ser social, em particular. Nesta perspectiva mais limitada do entendimento da saúde, temos duas possibilidades de debate: uma, a discussão institucional da saúde que se volta para temas mais práticos como programas de saúde, trabalho profissional, inovações técnicas, financiamentos, entre outros. A outra discussão tem relação com o entendimento teórico e epistemológico sobre os sentidos da saúde e da doença, sobre os cuidados, as emoções humanas e o corpo, entre outros, saindo da visão institucional para se abrir para um entendimento epistêmico da vida.

O caso do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil é interessante por focalizar as duas possibilidades acima lembradas: por um lado, numa perspectiva institucionalista, é uma política pública inovadora que vem sendo construída com grandes desafios; por outro, é uma filosofia de ação e atenção ampliada que incorpora valores complexos e democráticos sobre a saúde e o bem-estar. Na perspectiva de política

[1] Texto preparado para o XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, realizado entre 13 a 17 de Outubro de 2014 na cidade de Buenos Aires, Argentina. Mesa-redonda: *Derechos humanos a la salud en territórios pos-coloniales*.

pública, o SUS tem limites interpretativos produzidos a partir da perspectiva intervencionista que está presente na iniciativa estatal, sofrendo inflexões teóricas e práticas produzidas pelas hegemonias de saberes estratégicos – necessários à viabilização do planejamento das ações estatais e públicas – e pelos saberes técnico-científicos – resultantes da articulação institucional inevitável entre ciência, tecnologia e política na produção dos discursos oficiais sobre saúde e cuidado. Naturalmente, estas inflexões teóricas geram tensões entre a ação racional dirigida estatal e as múltiplas racionalidades (LUZ, 2005) que guiam os atores sociais na vida cotidiana e que liberam, por sua vez, outros entendimentos sobre saúde e vida.

Na perspectiva institucionalista e de política pública, merece registrar que o SUS, no Brasil, é uma proposta de democratização de governo que não se enquadra hipoteticamente nem na lógica burocrático-autoritária que rege tradicionalmente as ações em saúde na república brasileira, nem na lógica mercadológica voltada para o lucro e privatização do sistema de saúde. Dizemos hipoteticamente pois, na prática, sabemos que o desenvolvimento do SUS tem sofrido ataques permanentes dos dois lados: ataques do sistema burocrático e hierárquico, por um lado, e do sistema mercantil, por outro (MARTINS, 2013).

Mas o fato é que o SUS, apesar das reações burocráticas e liberais, constitui um avanço fundamental por reunir as duas possibilidades antes aventadas: busca inovar as políticas públicas introduzindo novas premissas como as da universalidade do atendimento, da integralidade dos cuidados e da descentralidade das ações. Assim, por facilitar a otimização das ações nos níveis federal, estadual e municipal, e por abrir um amplo campo de participação popular e de redes sociais na organização do sistema público de saúde, o SUS é uma referência nas discussões sobre reformas de políticas públicas (PINHEIRO; MARTINS, 2011; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2011).

No entanto, apesar de todos esses méritos do sistema, é consenso que a democratização da saúde pública encontra resistências importantes no Brasil não somente no nível das reações burocrático-conservadoras e liberais mas, igualmente, da própria população assistida, que não tem reagido com a presteza esperada pelos planejadores e gestores em iniciativas de empoderamento e autonomização na atenção primária

e na organização da saúde da família (MARTINS; BEZERRA, 2013). Sobre o tema, vale lembrar que os trabalhos de pesquisa e as publicações do LAPPIS têm prestado inestimável contribuição para o entendimento deste processo, contribuindo para avaliar os rumos e dilemas da saúde pública no Brasil.

Neste texto, comungando com a importância de se aprofundar a discussão sobre as perspectivas de democratização da saúde em sociedades conservadoras como a brasileira, gostaríamos de trazer para a reflexão a experiência de giro epistêmico que vem conhecendo a Bolívia no momento presente com a sua metáfora do *Bien Vivir* e que vem contribuindo para reconfigurar os direitos coletivos e públicos naquele país. Provavelmente, o caso boliviano não tenha muito a oferecer em termos de sofisticação gerencial e financeira de um programa como o SUS. Afinal, estamos falando de um país economicamente pobre e com dependência econômica do Brasil. No entanto, se pensarmos a saúde não como institucionalidade, mas como objeto teórico e epistemológico, podemos observar, como demonstrarei a seguir, que temos muito a aprender com a experiência boliviana.

O caso boliviano nos ajuda a refletir sobre a emergência de novos *direitos coletivos à vida* enfocando aspectos humanos e inspirados nas perspectivas de boa vida e dos bens comuns, baseadas na justiça social e igualitarismo. Este ponto de vista coletivo demonstra o valor das políticas estatais e públicas destinadas a reconhecer os indivíduos e grupos a partir de suas particularidades culturais, religiosas, linguísticas e étnicas, as quais não podem ser reduzidas umas às outras e muito menos ao individualismo. Por outro lado, a luta pelo reconhecimento dos direitos coletivos e comunitários no interior de sistemas nacionais como este do país vizinho – que ainda são republicanos e que se fundam numa carta jurídica leiga –, abre a discussão sobre as características complexas – afetivas, morais e estéticas – de novos sistemas legais que buscam incorporar o ideal da "construção simbólica da comunidade" nos dias atuais (COHEN, 1985) e que sugerimos denominar de vertente pós-republicana.

Para demonstrar o interesse do caso boliviano para os avanços da saúde pública em países como Brasil e Argentina, gostaríamos de explorar três aspectos que nos parecem cruciais para os avanços

da democratização na saúde. O primeiro é claramente o sucesso dos movimentos sociais organizados e as pressões dos mesmos para o êxito de práticas de democracia participativa na Bolivia. Este é um primeiro ponto importante a considerar na medida em que no Brasil se observa apatia e conformismo preocupante em partes expressivas das populações assistidas. Isto se explica, em parte, por políticas assistencialistas que não focalizam suficientemente o tema da solidariedade cívica local, da reciprocidade social da participação em conselhos e instâncias decisórias nos bairros e comunidades. Explica-se igualmente pela desmobilização da sociedade civil ao longo do processo de restabelecimento institucional e político e pela cooptação de lideranças comunitárias pelo sistema estatal desde o que se chamou problematicamente de período da "redemocratização". Na verdade, somente a participação ativa dos indivíduos e grupos sociais pode transformar ações descentralizadoras em ações democráticas nas esferas públicas locais.

O segundo ponto tem a ver com a noção de território. No caso boliviano, a ampliação da definição de humano pela incorporação da natureza viva gerando a metáfora do *Bien Vivir* permitiu se sair de uma visão positiva de território, para se liberar uma visão simbólica do espaço que resgata as memórias, valores, ritos e afetos, que são base de uma comunidade ritual solidária (COHEN, 1985). No Brasil, o uso de uma noção positiva, administrativa e geográfica de território na implementação do SUS não contribui para liberar a força do sentimento cooperativo e das práticas de pertencimento a um grupo social, a uma memória, a uma história.

O terceiro ponto tem a ver com a criação de um direito público amplo que é mais valorizado que o direito privado. Na Bolívia, isto foi conseguido pelas lutas sociais, levando a uma revisão em profundidade do dilema republicano que se estabelece entre os direitos privados e públicos. Nas repúblicas modernas, esse dilema se resolve pelo predomínio do privado sobre o público. No caso boliviano, podemos falar de uma experiência pós-republicana no sentido de que houve mudanças na concepção dos direitos sociais, com a emergência dos *derechos colectivos*. Tais direitos definem uma nova perspectiva, pela qual o dilema republicano se resolve pelo predomínio do público sobre o privado, revertendo as representações liberais do republicanismo.

Emergência de um movimento social bem-sucedido que reorganiza a política pública a partir da vida local

Na Bolívia, a experiência da colonização ensinou a comunidade indígena sobre os efeitos destrutivos da propriedade privada dos recursos naturais e da exploração abusiva do trabalho produtivo. Por isso, tal experiência deve ser considerada como um aspecto importante para a crítica anticapitalista que vem sendo desenvolvida em vários continentes. Na luta pela superação de uma memória de colonialidade e de exploração para a adoção de um discurso, e de uma prática conduzida por um movimento social étnico inédito, os movimentos indígenas bolivianos romperam com matrizes doutrinárias modernas, resgatando a força do simbolismo tradicional para reorganizar a sociedade civil e a organização nacional.

Na Bolívia, a partir de 1970, o movimento Katarista, ampliando as conquistas da revolução de 1952, que ressignificou, entre outros objetivos, o acesso à terra, contribuiu para o surgimento de uma nova geração de intelectuais indígenas que não se relacionam apenas com o movimento dos trabalhadores, mas também com os movimentos de juventude (HASHIZUME, 2010). Entre 1980 e 1990, os atores sociais ampliaram a identificação de classe para formar novos movimentos sociais organizados a partir de uma identidade étnica e da comunidade. O Estado foi então obrigado a considerar, de forma progressiva, tanto os direitos indígenas quanto os programas de multiculturalismo nacional. Algumas pessoas testemunham que as ações adotadas pelo Estado para resolver essas pressões tiveram algumas consequências inesperadas, ajudando a autorrepresentação política das comunidades indígenas.

Assim, as organizações indígenas conseguiram integrar a administração do Estado e as novas autoridades locais, impondo as relações interétnicas como uma condição objetiva de sistema político boliviano (GUIMARÃES, 2011, p. 337). Esta mudança no sistema de poder fez surgir importantes direitos coletivos (*derechos colectivos*) que registram uma revisão do republicanismo liberal a partir de uma ótica descolonial. Ou seja, essas novas reivindicações diferem dos direitos tradicionais de cidadania porque, aqui, a propriedade coletiva e comunitária passou a ter mais valor político e cultural que

a propriedade privada. A refundação do Estado Nacional como Estado Plurinacional foi, por consequência, o resultado da ruptura com o poder oligárquico introduzindo as reações antisistêmicas indígenas a favor da autonomia e da diferenciação (RIVERA, 2010).

Ao longo das últimas décadas, especialmente após a eleição de Evo Morales, em 2002, os movimentos interétnicos bolivianos avançaram reformas políticas e institucionais significativas, transformando a autonomia de fato, obtida pelas lutas políticas nas décadas anteriores, em autonomia jurídica. Tais avanços estão consagrados na Constituição boliviana de 2009. Hoje em dia, por exemplo, quando alguém pergunta aos partidários de movimentos étnicos o significado de bem-estar (*bien vivir*), eles respondem que "a Constituição tem que ser respeitada"[2] (STEFANONI, 2012, p. 16). Isso significa que disputas epistemológicas sobre o significado coletivo de legalidade e justiça estão sendo deslocadas do campo linguístico para o campo político, criando um consenso novo que reorganiza o Estado e o sistema político.

Isto é uma novidade quando se considera que as lutas contra os sistemas nacionais coloniais falharam em diversos países antes da Bolívia porque os movimentos sociais não perceberam claramente o papel dos direitos coletivos em uma nova ordem democrática (STAVENHAGEN, 2000). No caso boliviano, diferentemente, houve avanços que abrem o entendimento da vida e da saúde coletiva para novas possibilidades politicas.

Deslocamento de significados e institucionalização dos novos direitos coletivos

É importante destacar, neste tema das lutas pela reorganização de direitos coletivos, que a definição do território boliviano baseada no antigo significado simbólico dos laços entre a Sociedade e a Natureza amplia o significado cultural da ideia de Sociedade e de Humano, tema que vem sendo objeto dos estudos antropológicos há alguns anos (DESCOLA, 1986; DESCOLA; PÁLSSON, 2001; VIVEIROS DE CASTRO, 2002). Do ponto de vista teórico, esta abordagem ameríndia

[2] *"Hay que aplicar la Constitución"*.

ajuda a compreender os dilemas e limites do biocartesianismo que se funda sobre a separação ontológica entre o Humano e a Natureza (MARTINS, 2003). Aqui, vemos que a revalorização simbólica do Homem como parte da Natureza mais ampla constitui um imaginário com efeitos importantes nas práticas políticas e culturais.

O território não é apenas geográfico, mas, sobretudo, simbólico: onírico, ritualístico, histórico e político. Sua atualização cultural vem se realizando pela desconstrução e reconstrução de significados territóriais produzidos nas lutas contra os processos de colonialidade eurocêntricos, liberando uma nova compreensão do espaço que valoriza a relação simbólica dos individuos com os lugares de moradia e de trabalho, com os grupos sociais primários (família, vizinhos e comunidade), com a memórias e ancestralidades. Alguns conceitos, como interculturalidade, diversidade, reconhecimento e inclusão desenvolvidos pelo pensamento anticolonial tornaram-se centrais para assegurar o pluralismo cultural (RIVERO, 2011, p. 372), que emerge na prática do pluralismo territorial. A complexidade simbólica da ideia de território favore as lutas dos movimentos bolivianos interétnicos por um pluralismo jurídico ecohumano, que é a garantia da diversidade de racionalidades e conhecimentos sobre as pessoas, sobre as comunidades e sobre a vida.

O mais importante é que essas novas representações da vida coletiva não ficaram limitadas às mobilizações sociais, mas se institucionalizaram por direitos coletivos nascidos fora do Estado e que penetraram o sistema político, favorecendo a democracia participativa nos planos locais, regionais e nacionais. Tais mudanças foram consagradas pela Constituição boliviana de 2009, que, entre outras inovações, passou a reconhecer a Autonomia Indígena Camponesa Original (AICO) como um dos quatro tipos de autonomia possíveis além de autonomias departamentais, regionais e municipais. A nova Carta tem ajudado muito a promover o debate no campo da organização indígena (RIVERO, 2011, p. 51).

A criação de um Estado Plurinacional nacional desafiando a identidade nacional homogênea, por seu lado, favoreceu a importância da diversidade étnica na descentralização e na reorganização da

autoridade de poder local. Esta mudança da relação entre território e poder trouxe dificuldades para a gestão governamental legal, que chamamos de "poder central nacional", que, seguindo os padrões da colonialidade, é sempre centralizado. As estruturas de poder excesssivamente centralizadas constituem um recurso de reprodução da dominação oligarquica e um deserviço à democracia participativa. A quebra deste modelo colonial de reprodução do poder oligarquico prova o papel de pressões políticas e sociais em favor de uma descentralização necessária de poder que garante participação democrática ampliada.

Essas pressões em favor de um novo poder local se distanciam de uma representação arcaica da vida comunitária, expressando a emergência de motivos cosmopolitas e de uma cidadania ampliada. Assim, este questionamento de políticas excessivamente centralizadas e as lutas pela revalorização de sistemas de poder locais e participativos que testemunhamos no caso boliviano é um exemplo que deve inspirar os dilemas desenvolvimentistas de outros países latino-americanos como o Brasil e a Argentina.

A abordagem política do pensamento pós-colonial indígena andino atualiza memórias históricas para desafiar seriamente o modelo de desenvolvimento neoliberal. Esta abordagem nos convida a compreender os limites de um modelo de dominação baseado em uma lógica republicanista e liberal, legitimando a apropriação privada da riqueza material por uma minoria, e a passagem para outro modelo político que valoriza os direitos do coletivo. O movimento indígena contribui para ampliar a compreensão dos sistemas de direitos, mostrando os limites da visão egoísta e colonial da vida. *Pacha Mama* (Mãe Terra) lança uma original crítica pós-colonial que muda a compreensão restrita das lutas sociais que valorizam prioritariamente os ganhos econômicos, como vemos no sindicalismo do século XX, para liberar outros entendimentos teóricos das lutas sociais, que incorporam fatores culturais, morais e ecológicos sem desprezar, claro, o fator econômico.

É importante frisar que este processo boliviano é único, mas isto não pode ser visto como um obstáculo para reflexões comparadas que permitam observar os elementos comuns e diferentes envolvendo

diferentes sociedades. Trazendo esta reflexão para a discussão sobre saúde, o importante aqui é lembrar que as perspectivas de ampliar a ideia de cuidado e bem-estar para além dos limites institucionais das ações estatais em saúde exige incorporar uma sociedade civil ativa, politizada e solidária. A falta desta mobilização na base social - –no caso brasileiro, espelhando uma desmobilização mais ampla que em parte se explica atualmente pela colonialidade do consumismo –, explica as dificuldades para se avançar com a democratização da saúde pública. Coloca, ainda, importantes questionamentos sobre as saídas que se apresentam tanto na articulação intersetorial de programas governamentais, como nas ações necessárias para mobilizar as populações locais na gestão dos processos em saúde.

Pacha Mama é uma metáfora sobre a boa vida que reinventa as conexões temporais entre passado e presente

Pacha Mama (*Pacha*: Terra; *Mama*: mãe ou Mãe-Terra) convida-nos a pensar o pós-colonialismo a partir de duas abordagens: uma é simbólica; a outra é política. A simbólica surgiu a partir de uma imagem de relação entre o Humano e a Natureza que beneficia a interatividade ritual entre os dois elementos. Mas, aqui, a representação arcaica e mítica da Natureza foi substituída por uma nova representação alter-moderna que enfatiza o papel da política na definição de uma epistemologia plural. Além disso, a representação indígena de vida contemporânea manifesta uma importante reflexão ecológica que deve ser seriamente considerada pelas ciências sociais para organizar a crítica moral e cultural do capitalismo.

"Pacha Mama" é uma metáfora que tem muitos significados: é a memória viva da tradição indígena; é o simbolismo que dá sentido ao movimento coletivo; é o argumento contra a apropriação privada de recursos comuns; é o aceno a um modo de vida coletivo que valoriza integralmente a vida; por fim, é a maneira que politicamente diferencia movimentos étnicos de outros movimentos sociais, quando o debate gira em torno da reforma do Estado Nacional. *Pacha Mama* é, então, o simbolismo que liga a tradição e a modernidade, o rural e o urbano, permitindo a crítica da colonialidade de poderes e saberes, tornando-

se um elemento-chave que os indígenas acionam para repensar a sociedade.[3] Esta imagem ajuda a esclarecer o papel dos movimentos étnicos na disputa que transformou o Estado boliviano centralizado em um Estado Plurinacional, validado pela Constituição de 2009.

A metáfora *Pacha Mama* nos leva a repensar a Natureza não apenas como um elemento físico, mas como um simbolismo cheio de um sentido pluralista cuja ritualização é fundamental para garantir a sobrevivência da comunidade. Aqui, também podemos definir a Natureza como condição prática e necessária para assegurar as alianças e rituais de reciprocidade e de dádiva entre famílias e indivíduos. *Pacha Mama* aponta uma visão legitimadora do bem coletivo não como uma crença abstrata, mas como um propósito político fundado sobre uma experiência comunitária antiutilitarista que nega a redução da sociedade aos interesses do mercado. Sobre isso, os sociólogos bolivianos Farah e Gil afirmam:

> O Bem-Viver deve ser pensado em um contexto de sociedade de mercado que integra um princípio ético estruturando outra modernidade e apontando a pluralidade da realidade e aprofundando a renovação do pensamento econômico, cultural e político, ou seja, avançando uma compreensão mais ampla da vida. (FARAH; GIL, 2012, p. 105).

É preferível compreender *Pacha Mama* como uma reação altersistêmica e uma inovação histórica na fronteira do sistema mundial. Este mito parece muito apropriado à medida que procedemos a uma reflexão sobre a relação entre riqueza material e simbólica, que é central para o surgimento de heterotopia do bem-viver. A importância antropológica e simbólica da *Pacha Mama* se estabelece

[3] *Pacha Mama* contribui para articular os dois conhecimentos – o comunitário e o intelectual – em um movimento coletivo que questiona a filosofia utilitarista do progresso econômico fundado sobre a lógica de mercado. Desse modo, os movimentos sociais locais vieram para denunciar as características coloniais do modelo de desenvolvimento mercantil e colonial fundada sobre a apropriação privada de recursos de vida, que gera desigualdades permanentes e crescentes injustiças sociais. Para organizar seus movimentos altersistêmicos, o movimento indígena conseguiu reunir, a partir de seus imaginários tradicionais revisitados, os elementos básicos para criar uma política destinada a refundar o sistema territórial e legal.

sobre o impacto da representação social e ecológica da Natureza em novas formas de mudança política e social, quebrando a compreensão moderna da Natureza tradicionalmente marcada por uma representação mecânica da vida.

Apesar de suas particularidades, *Pacha Mama* não é uma proposta impraticável para os movimentos de esquerda transnacionais. Ao contrário, a ideia de *Bien Vivir* tem inspirado muitos criticos antiutilitaristas. E no seio da crítica *aymara* há um importante debate sobre a diferença entre o antiutilitarismo do *Bien Vivir* do utilitarismo do *Vivir Bien*, que remete aos motivos egoístas do controle pessoal de bens materiais e simbólicos. Ao enfatizar a solidariedade antiutilitarista, o *Bien Vivir* se aproxima de outros movimentos heterotópicos contemporâneos como aquele do manifesto convivialista que tem sido divulgado amplamente em nível internacional (CAILLÉ et al., 2011; MANIFESTE, 2013). Nesta mesma linha de diálogo transnacional, a compreensão ecológica da Natureza apontada pelo movimento boliviano atualiza a importância da noção de Dádiva, um antigo sistema de troca humana, observado por Marcel Mauss, nas sociedades antigas (MAUSS, 1999). A Teoria da Dádiva contribui para mostrar a Natureza como um ser vivo e relacional que é uma parte ativa, juntamente com os seres humanos, na construção simbólica da comunidade. Aqui, Homem e a Natureza devem desempenhar papel sincrônico para preservar, por reciprocidade espontânea, a vida e o meio ambiente.

Trazendo para o caso da saúde, podemos dizer que não basta o incentivo às mobilizações populares locais para gerar esferas públicas participativas em bairros e comunidades. É importante que os indivíduos e grupos sociais se sintam motivados para viver juntos e fazer política solidária em função do bem comunitário e coletivo.

Infelizmente, temos observado no Brasil um perigoso desmanche da solidariedade coletiva por razões várias que merecem ser aprofundadas em outro momento. E isto tem impactado na democratização da saúde pública. Por isso, discussões sobre o *Bien Vivir*, assim como sobre a dádiva, deveriam ser pontos prioritários na agenda dos gestores e profissionais de saúde, no Brasil e na Argentina.

Importância da visão simbólica indígena para repensar os fundamentos da vida e do cuidado

O simbolismo *Pacha Mama* não representa uma novidade, porque a ideia da Mãe Terra é compartilhada por muitas culturas antigas. No entanto, a atualização cultural e histórica deste simbolismo na Bolívia é particularmente expressiva para apoiar uma crítica radical ao modelo colonial de desenvolvimento assentado no crescimento econômico ilimitado e que tem favorecido a oligarquização da vida política, como vemos no Brasil.

Pacha Mama é também de relevância política, pois suas fundações comunitárias questionam a apropriação privada de recursos vitais, como a água, a terra, os minerais, as plantas e outros. Na verdade, os bolivianos consideram que os recursos naturais estavam lá antes da presença humana, antes de indígenas e colonizadores, antes de corporações internacionais e, portanto, esses recursos continuam a ser a base da sobrevivência coletiva material e espiritual. Aqui, a novidade é a consciência étnica boliviana sobre a urgência de repensar a gestão do território e a reciprocidade entre os seres humanos e a Natureza a partir da prioridade do bem comum (HOUTARD, 2013). O velho mito é atualizado pela política e pela cultura para servir à fundação de uma experiência societal diferente pelo menos da cultura depredadora do capitalism moderno. Logo, podemos observar que construções simbólicas e linguísticas, como esta produzida pelos povos andinos, não são arbitrárias, resultando de uma reação alter-moderna e comunitária contra estratégias capitalistas de apropriação e privatização das riquezas naturais.

Tentamos mostrar que a experiência política da Bolívia não representa uma reação pré-moderna ou antimoderna ao sistema pós-colonial. Em vez disso, essa experiência é moderna porque os movimentos étnicos não negam nem os direitos republicanos e os direitos civis e políticos, nem o papel do Estado como agente de desenvolvimento. A experiência boliviana também é moderna porque revela os movimentos sociais que nasceram a partir de uma renovação das tradições, abrindo-se a um pluralismo de identidades. Mas ela é mais que pós-moderna. É alter-moderna quando questiona

os fundamentos jurídicos da propriedade presentes na visão liberal e igualmente a visão fragmentada do sujeito humano herdada do cartesianismo.

A consciência boliviana pós-colonial tomou progressivamente a forma de um movimento social e intelectual dirigido a novos direitos coletivos que legitimam as reformas do Estado e da Nação. A novidade, aqui, vem da decisão política coletiva de sujeitar os direitos modernos – liberal e republicano – aos direitos humanos originários à vida e à sobrevivência. Ou seja, a tarefa é revisar direitos modernos do ponto de vista oferecido pelo simbolismo da Natureza sugerido pelas tradições ritualísticas da comunidade que destacam maior compreensão dos direitos coletivos, como é ilustrado pela ideia de bem-viver. Esta reflexão é mais significativa quando entendemos que, por trás da pluralidade de direitos, há um argumento ecossocial e também uma inovação do direito público fundado no fortalecimento dos laços entre os Seres Humanos e a Natureza. Dar prioridade ao direito à vida inova quando consideramos: a) que os direitos coletivos à vida e de apropriação dos recursos naturais para a sobrevivência humana são universais e devem ser compartilhados por todos; e b) que os direitos capitalistas de acumulação e crescimento econômico são direitos privados que não são universais e, portanto, são menos importante quando consideramos o âmbito dos direitos à vida. Direitos capitalistas devem ser aplicados para regular empresas e atividades de mercado, mas não a sociedade em geral.

A dualidade entre o privado e o público foi substituída por um sistema legal que privilegia os direitos coletivos e a participação social nas decisões políticas, em particular o direito à vida, que inspira outros direitos, tais como: reconhecimento étnico, cidadania republican e autogestão. Isso tem ajudado as comunidades andinas a fortalecer a participação em alguns níveis de tomadas de decisão no poder politico, resistindo contra as sabotagens das forças oligárquicas que continuam ativas, dadas suas vinculações com as corporações multinacionais. Direitos privados não são proibidos mas reformulados a partir de um imaginário anticapitalista, ajustando-se ao novo regime jurídico

inspirado por direitos coletivos.[4] Os direitos privados organizados durante a modernidade para possibilitar a apropriação dos bens comuns são agora obrigados a se sujeitar a direitos comuns. A desconstrução da ideologia do mercado por novos direitos coletivos favorece o entendimento de que o crescimento econômico ilimitado gerado pelo mercado faz parte de uma cultura utilitarista simplificada e destrutiva, buscando impor um ideal de tempo linear e de espaço fragmentado que reforça a colonialidade inibindo as lutas anti-capitalistas.

Assim, as experiências da Bolívia são a expressão de uma nova consciência descolonial emergente nas fronteiras do sistema mundial, levando os movimentos sociais a questionarem politicamente e em profundidade programas de modernização fundadas sobre a privatização dos recursos coletivos e naturais e sobre a destruição de memórias e conhecimentos tradicionais, uma prática que Boaventura Santos corretamente definiu como um "epistemicídio" (SANTOS; MENESES, 2009).

O debate tem estreita relação com as lutas que se estabelecem no Brasil entre interessses privatistas e defensores do bem público, o que é bem evidente no campo da saúde. O caso boliviano nos inspira a desenvolver uma compreensão mais ampla deste embate, na medida em que desloca a discussão sobre a saúde para um entendimento complexo da natureza humana.

Alguns pontos finais para reflexão

Para finalizer, gostaríamos de assinalar alguns pontos que são importantes para se pensar os modos como se vem construindo a cultura do Bem Viver, em geral, e as políticas da vida e da saúde, em particular. O caso boliviano é interessante para refletir sobre as perspectivas da saúde pública e sobre os destinos do SUS a partir

[4] O renovado interesse na relação entre o Ser Humano e a natureza curiosamente influencia a ideia de salário. O *Bien-Vivir* ideal ajuda a influenciar a reinserção da economia para o sistema de comunidade, salário readquire seu antigo papel simbólico como importante dispositivo para permitir o intercâmbio centrados no valor em uso. Portanto, o trabalho e o salário devem ser adaptados a uma dinâmica heterotópica capaz de garantir o acesso individual e familiar de recursos vitais como a água e o solo, bem como aos recursos biológicos e minerais que são necessários para a vida humana. Nessa lógica, os interesses do mercado continuam a ser importantes, mas não é a prioridade número um.

dos três planos que situamos inicialmente: o da mobilização social solidária e consciente como fundamento para se construir a participação democrática e políticas sociais e de saúde adequadas aos reclamos populares; o da organização de dispositivos simbólicos que funcionem como linguagem social compartilhada, gerando grande poder de adesão na vida cotidiana, como é o caso do *Bien Vivir*; e enfim, o da organização de um sistema jurídico coletivo adequado, que reflita as coalisões de forças presentes, apontando para o predomínio do público sobre o privado, vez que esta é a única condição axiological possível para estabelecer ações de reconhecimento, igualitarismo e democratização da vida cotidiana.

Pensando no caso brasileiro da saúde, podemos transformar estes três pontos em questões objetivas:

- Como é possível mobilizar os usuários dos serviços de saúde num contexto de desmonte dos mecanismos de participação política e democrática?
- Como resgatar ou criar dispositivos simbólicos voltados para germinar a solidariedade coletiva, a reciprocidade dadivosa entre famílias, vizinhos e comunidades, e uma consciência mais ampla sobre o corpo, as emoções e o cuidado num contexto em que a ideologia do consumo sancionada pelos governantes estimula o egoísmo, a violência e a depredação dos sistemas vivos humanos?
- Como produzir direitos coletivos na saúde se as classes populares veem suas presenças progressivamente dimuidas no sistema político e nas câmaras legislativas federal, estadual e municipal?

Consideramos que essas questões estão em aberto e que deveriam ser objeto de uma reflexão ampla por todos responsáveis pela saúde pública no Brasil. No entanto, para favorecer esta reflexão, gostaríamos de fixar alguns temas mais precisos, a partir de comparações pontuais:

a) O tema da definição política e da institucionalização das ações em saúde pública. No Brasil, a sociedade não consegue se definir politicamente a favor da saúde pública porque estão sendo suprimidos os dispositivos de mobilização e participação social. O usuário fica, assim, dependente de programas assistencialistas.

No caso boliviano, a luta política e as mobilizações coletivas explicam a emergência dos direitos coletivos, reorganizando as prioridades entre público e privado e o que chamamos um contrato jurídico pós-republicano.

b) O tema das decisões políticas e técnicas sobre o que é saúde pública e como ela deve ser efetivada. No Brasil, apesar dos avanços consideráveis do movimento sanitarista e do SUS, temos que aceitar o fato de que as lutas por uma saúde pública dependem muito dos embates no interior do sistema político tradicional e dos órgãos executivos, como Ministério da Saúde, havendo resistências importantes para se alargar a filosofia da saúde pública para outras políticas setoriais. Na Bolivia, os embates também acontecem no interior do sistema político, mas há uma grande discussão que atravessa as comunidades locais que interferem sobre metas e orçamentos.

c) O tema do ser humano e dos direitos humanos. No Brasil, a generalização do utilitarismo na vida cotidiana guiado pelo mito do consumismo torna as pessoas incapazes de refletir sobre seu bem-estar, sobre a saúde corporal e emocional. Na Bolívia, a metáfora do *Bien Vivir,* construída a partir da ampliação do significado da Natureza Humana, gera um entendimento ampliado da saúde. Isto abre perspectivas originais para um novo olhar sobre a saúde pública, além de aparecer como um dispositivo político importante para quebrar resistências corporativas em outros setores como educação, meio ambiente, saneamento, segurança e trabalho.

Finalmente, para concluir, é importante registrar que a organização da saúde humana integral não começa por financiamentos para consumo de atendimentos e medicamentos. Ela se inicia, necessariamente, pela consciência comum de indivíduos, famílias e vizinhos sobre os ideais -do BemViver. Como lembrava J. Dewey, a democracia deve começar num lugar tangível, sensível, onde homens e mulheres partilhem concretamente certas experiências comuns (DEWEY, 1997). Mas esta democracia direta, ou de vizinhança, tem

num certo momento que avançar em cima do desafio de se pensar o bem comum e, como nos ensinam os bolivianos, a solução desse desafio passa pelo público e pelo coletivo. No caso da saúde, passa pelo modo como os usuários vivem e partilham solidária e coletivamente o modo de organização da casa, da rua, e como definem a política do corpo e da vida.

Referências

CAILLÉ, A. et al. *De la convivialité:* dialogue sur la société conviviale à venir. Paris: La Découverte, 2011.

COHEN, A. P. *The symbolic construction of community.* London: Routledge, 1985.

DESCOLA, P. *La Nature domestique:* symbolisme et praxis dans l'écologie des Achuar. Paris: Maison des Sciences de L'homme, 1986.

DESCOLA, P.; PÁLSSON G. *Naturaleza y sociedad:* perspectivas antropológicas. México: Siglo XXI, 2001.

DEWEY, J. *The public and its problem.* Athens: Ohio University Press, 1997.

FARAH, I.; GIL, M. Modernidades alternativas: una discusión desde Bolívia. In: MARTINS, P. H.; RODRIGUES, C. (Org.). *Fronteiras abertas da América Latina.* Recife: EdUFPE, 2012.

GUIMARÃES, A. Pluralismo, cohésion social y ciudadanía en la modernidad: uma réflexion desde la realidad boliviana. In: WANDERLEY, F. (Org.). *El desarrollo en cuestión.* Reflexiones desde América Latina. La Paz: CIDES-OXFAM, 2011.

HASHIZUME, M. A emergência do Katarismo. Tensões e combinações entre classe e cultura na Bolívia contemporânea. In: *Simpósio Lutas Sociais na América Latina*, 4., Londrina. *Anais*... Imperialismo, nacionalismo e militarismo no Século XXI, 14-17 set. 2010. Londrina: UEL, 2010.

HOUTARD, F. *El bien común de la humanidad.* Quito: IAEN, 2013.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 145-176, 2005.

MANIFESTE convivialiste. Déclaration d'interdépendance. Lormont: Le Bord de L'eau, 2013.

MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina.* Crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil In: LACERDA, A.; MACHADO, F.; GUIZARDI, F. (Org.) *Democratização e novas formas de sociabilidade em saúde no contexto Latino-Americano.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MARTINS, P. H.; BEZERRA, R. Gestão pública local em saúde na perspectiva do duplo registro: contribuições das teorias de Goffman e Mauss In: MARTINS, F. H. et al. (Org.). *Produtivismo na saúde:* desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife: EdUFPE, 2014.

MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie.* Paris: PUF, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. *Cidadania no cuidado:* o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

PINHEIRO, R.; e MARTINS, P.H. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

RIVERA, J. L. L. El paso de la autonomía de hecho a la autonomía de derecho. Reflexiones desde el caso boliviano. In: UZEDA, A. (Org.). *Cultura y sociedad en Bolivia*. Cochabamba: CISO-FACSO-UMSS, 2010.

RIVERO, M. R. El pluralismo jurídico en Bolivia: derecho indígena e interlegalidades. In WANDERLEY, F. (Org.). *El desarrollo en cuestión.* Reflexiones desde América Latina. La Paz: CIDES-OXFAM, 2011.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. *Epistemologias do sul.* Coimbra: Almeidina, 2009.

STAVENHAGEN, R. *Conflictos étnicos y estado nacional.* México: Siglo XXI, 2000.

STEFANONI P. Y quién no querría "vivir bien"? *Critique et emancipación: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales,* ano IV, n. 7, 2012.

VIVEIROS DE CASTRO E. *A inconstância da alma selvagem*, São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

Jovem, negro e "fora de lugar": contextos de violência estrutural ou racismo à brasileira

Leny A. Bomfim Trad

Introdução

O objeto do presente capítulo, exclusão social da juventude negra brasileira, revela-se especialmente oportuno no bojo do debate proposto pela coletânea, cujo enunciado apresenta, de um lado, o trocadilho em torno das relações entre cuidado e cultura e, de outro, faz referência aos "dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde na América Latina".

O enunciado *cultura do cuidado e o cuidado na cultura* suscita, entre outras possibilidades, uma menção às contribuições da antropologia da saúde-doença. De fato, a Antropologia, em suas incursões no campo da medicina e/ou do vasto espectro do campo da saúde, procurou inventariar, interpretar e compreender as relações entre cultura, saúde e doença, evocando e articulando os conceitos de representação, experiência, sistemas e itinerários terapêuticos, narrativas de enfermidade etc. Dentre seus legados, ressalta-se o reconhecimento da pluralidade de sentidos e práticas em torno do complexo saúde-doença-cuidado, fruto das influências dos contextos social e cultural onde tais processos se manifestam.

Neste texto interessa focalizar, no entanto, enfoques e trabalhos contemporâneos que têm potencializado a articulação entre dimensões históricas, políticas, culturais e psicológicas na análise acerca da produção incessante de sofrimento humano, marginalização e exclusão social (FARMER, 2005; FASSIN, 2004, 2005; 2006a, 2006b;

SEN, 2009; KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997). Em termos mais específicos, pretende-se privilegiar vertentes e autores cujos trabalhos aliam análises críticas em torno das imbricações entre relações de poder, exclusão social e sofrimento humano no contexto do capitalismo neoliberal, com a indicação de possíveis alternativas no plano dos direitos humanos, da justiça social e do reconhecimento. Essas perspectivas têm contribuído para renovar o debate acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e refinar os marcos de referência neste campo.

Por oportuno, explicita-se a convergência com autores que entendem *raça* enquanto uma construção social e que procuram articular dimensões estruturais e relacionais ao tratar da temática racial (TREITLER, 2013; GUIMARÃES, 2009; GILROY, 1987). Reconhece-se também a pertinência de se considerar as peculiaridades da formação racial no percurso histórico de uma determinada sociedade (OMI; HOWARD, 1994).

A discussão proposta endossa a visão de Didier Fassin (2006a, p. 194) de que não podemos seguir considerando "como incompatíveis os dois modelos que fundam a justiça: o da desigualdade, que exige a redistribuição, e o da alteridade, que exige o reconhecimento". Sobre este aspecto, cabe esclarecer que não se pretende aprofundar aqui os embates entre Axel Honnet e Nancy Fraser[1] que, *grosso modo*, se diferenciam ao eleger como elemento-chave da teoria sobre justiça social, respectivamente, reconhecimento (e autorrealização) e distribuição de recursos (aliada à capacidade de participação). Considera-se mais oportuno, para efeitos da temática em curso, apostar nas possibilidades de articulação e complementaridade entre esses dois enfoques.

Neste sentido, na primeira parte do texto, serão apresentados e discutidos alguns indicadores que evidenciam os efeitos da desigualdade social, ou mais precisamente, da inequidade racial no Brasil, com destaque para dados que demonstram o contexto de vulnerabilidade

[1] Tal embate pode ser acompanhado a partir da leitura de diferentes obras. Recomendo particularmente o livro assinado por ambos: FRASER, N.; HONNETH, A. *Redistribution or recognition: a political-philosophical exchange*. London: Verso, 2003.

social em que se encontra a juventude negra brasileira. Um quadro que expõe a persistência do racismo institucional no país (PAIXÃO et al., 2011) e que se converte em um exemplo emblemático de violência estrutural (FARMER, 2005).

A segunda parte do capítulo apresenta uma reflexão acerca das representações sobre o jovem ou a juventude na sociedade ocidental contemporânea, assinalando o caráter ambivalente e contraditório daquilo que se apreende do imaginário coletivo. Considera-se especialmente oportuno colocar em relevo os espaços e processo de socialização da juventude, com especial atenção para a Escola.

Por fim serão problematizados, de forma breve, limites e desafios no plano da intervenção social, sinalizando princípios que possam orientar a produção do cuidado integral do(a) jovem negro(a) no Brasil, reconhecendo a urgência de enfrentamento da vulnerabilidade da juventude negra.

"Teje morto!" – indicadores de vulnerabilidade entre jovens brasileiros e a incidência da cor/raça

Ainda no calor dos acontecimentos em torno da Conferência de Durban, 2001 (III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas), Alves (2002) fez algumas ponderações bastante pertinentes acerca das implicações do evento. Chamamos atenção, em particular, para o ponto concernente a três condições, que ele considerou básicas, para que as medidas acordadas durante a conferência pudessem ser implementadas. A saber: i) o compromisso e a seriedade dos Estados signatários frente às decisões coletivas e acordos firmados no encontro; ii) a capacidade da sociedade civil de fazer uso dos documentos gerados; iii) uma "conscientização generalizada de que somente com a criação de um futuro de condições mais equânimes, baseado em nossa comum humanidade em toda sua diversidade, a globalização poderá ter efeitos antidiscriminatórios". Sobre esta última, Alves (2002) ressaltou que, embora fosse um imperativo para os avanços almejados, poderia ser considerada "praticamente impossível" na conjuntura contemporânea.

A terceira condição referida oferece, ademais, uma ponte interessante para introduzir a questão do tema racial no Brasil. Entretanto, o caso brasileiro suscita uma questão que antecede a disposição em defender uma sociedade igualitária. Trata-se de problematizar precisamente a tendência a negar a existência do racismo e da discriminação racial no âmbito das estruturas e relações sociais. Conforme destaca Kabengele Munanga (2010), o esquecimento proposital ou a negação da segregação racial ou a animosidade que marcam historicamente as relações raciais no Brasil foram alguns dos ingredientes que contribuíram para legitimar o mito da democracia racial no Brasil. Ele ressalta que

> [...] um importante obstáculo à superação do racismo e da discriminação racial no Brasil reside no fato que a grande maioria dos brasileiros encontra dificuldade para entender e decodificar as manifestações do nosso racismo à brasileira [...] ecoa dentro de muitos brasileiros, uma voz muito forte que grita; "não somos racistas, os racistas são os outros, americanos e sul-africanos brancos". Essa voz forte e poderosa é o que costumamos chamar "mito de democracia racial brasileira" (MUNANGA, 2010, p. 170).

A propósito do paralelo com Estados Unidos e África do Sul, Anthony Marx (1998), ressaltou que, diferentemente destes dois países, no Brasil não existia uma classificação racial rígida e, em comparação, aqui as relações raciais eram menos polarizadas e conflituosas. Ambas as características foram favorecidas pelo alto grau de miscigenação étnico-racial da sociedade brasileira e foram acalentadas historicamente para atender ao interesse do projeto de unidade nacional. Nesse contexto, não interessava realçar as desigualdades entre os diferentes grupos raciais.

Hanchard (1994) aponta que, no Brasil, se conformou uma forma de hegemonia que foi sendo fomentada através de processos de socialização que, ao mesmo tempo que promovem a discriminação racial, negam sua existência. Assim sendo, salientou o autor, a falsa premissa da igualdade racial tem contribuído na reprodução das desigualdades sociais entre brancos e não brancos no Brasil.

Paixão et al. (2011) também chamam a atenção para a necessidade de considerar as consequências da invisibilidade dos problemas dos grupos discriminados, incluindo a dificuldade sistemática que estes

encontram de expressar seus dilemas na esfera pública. É destacada, neste ponto, a tendência a naturalizar "as coincidências entre as linhas de classe e étnico-raciais", fato que implica invariavelmente o agravamento da situação de vulnerabilidade dos grupos afetados por ditos processos, em especial, os afrodescendentes.

A análise cuidadosa do percurso histórico de lutas no campo específico da saúde descortina elementos da sociedade brasileira que não apenas, constituem o cerne das questões étnico-raciais do país, como se mesclam aos componentes dos jogos político-ideológicos que permeiam a elaboração de políticas sociais no país (BRASIL; TRAD, 2012). Pouco mais de uma década após o encontro de Durban, é possível reconhecer avanços importantes no Brasil em termos de enfrentamento da inequidade racial, com destaque para a implantação de políticas afirmativas em diferentes setores.

É preciso, no entanto, cautela ao discutir a extensão e efetividade de ditas políticas. Por certo, não é objetivo do texto desenvolver uma avaliação desta natureza, mas cabe chamar a atenção para o fato de que, embora se possa evidenciar queda nas desigualdades entre os diferentes grupos étnico-raciais no Brasil, é preciso reconhecer que a intensidade das mudanças é insuficiente para considerar que as desigualdades entre a população branca e o contingente de pretos e pardos foram superadas, ou mesmo que haja a expectativa de que isto ocorra em um curto espaço de tempo (GUIMARÃES, 2009).

Vejamos alguns indicadores que evidenciam a persistência de dita desigualdade. Conforme dados do último censo (IBGE, 2011), 8,5% da população brasileira se encontram em situação de extrema pobreza. Destes, 70,8% são famílias negras. A inequidade racial também persiste na esfera da saúde pública. O *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil* para o período 2009-2010 evidenciou que, na comparação entre brancos e negros/pardos, estes últimos estão em desvantagem em relação a diferentes indicadores – acesso e qualidade aos e dos serviços ambulatoriais ou hospitalares, qualidade do atendimento ao pré-natal e ao parto, segurança alimentar e nutricional (PAIXÃO et al., 2010).

Detendo-se, especificamente, em indicadores relacionados com a vulnerabilidade da juventude negra, o *Mapa da Violência 2013* (WAISELFISZ, 2013) descreve números e proporções alarmantes de

mortes violentas intencionais entre jovens pretos e pardos. Registrou-se um total de 660 mil jovens mortos em duas décadas, um aumento de 207% no período de 1980 até 2011. A cada três assassinatos cometidos no Brasil, dois são de jovens negros de 15 a 24 anos de idade. Considerando o período entre 2001 a 2010, enquanto a morte de jovens brancos no país caía 27,1%, a de negros crescia 35,9%.

Cabe interrogar, certamente, onde viviam e como viviam esses jovens que figuram nas estatísticas da mortalidade por violência no Brasil. O *Mapa da violência* (WAISELFISZ, 2013) evidencia que estamos falando de jovens do sexo masculino, com baixa escolaridade e renda, negros e moradores de favelas e periferias dos centros urbanos. Ressalta-se que, neste caso, a desigualdade de gênero não favorece o universo masculino.

Os dados apresentados convergem com as estatísticas da PNAD (IBGE, 2009), que registraram o seguinte perfil: 70% dos jovens pobres são negros, enquanto os brancos correspondem a 78% dos não pobres; a taxa de desemprego juvenil é cerca de três vezes superior à registrada entre adultos; 84,8% dos jovens brasileiros residem em zonas urbanas, destes, 72,2% viviam em moradias precárias, estimando-se que dois milhões residem em favelas.

Encontra-se assim uma combinação perversa entre segregação espacial, pobreza e dificuldades de acesso ao sistema escolar, ao mercado de trabalho etc. Um quadro que não se restringe ao contexto brasileiro. Em toda a América Latina, constata-se uma precária integração dos jovens com as estruturas de oportunidades (no âmbito da educação, trabalho, lazer, formação ética e cultural), sejam elas estatais ou privadas, fato que repercute negativamente em termos de capacidade de formação, uso e reprodução dos recursos materiais e simbólicos (AMBROMOVAY et al., 2002).

Com relação à inequidade racial no âmbito da educação brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2009), a taxa de analfabetismo entre jovens negros (3,4%) era duas vezes maior do que entre os brancos (1,4%). A disparidade também era grande entre os alunos de 15 a 17 anos: somente 43,5% dos jovens negros nessa idade frequentavam o Ensino Médio, contra 60,3% dos brancos.

Quanto às causas dos altos índices de mortalidade do jovem negro no Brasil, elas apontam para duas direções principais e, supostamente, antagônicas: o envolvimento com a criminalidade, em consequência direta da ação policial. Esta segunda será objeto de outro trabalho, mas cabe ressaltar que a "desproporção racial" no contingente populacional das prisões, seja no Brasil, nos EUA ou na Europa, bem como a existência de práticas discriminatórias na abordagem policial, tem contribuído fortemente para incrementar a marginalização social dos jovens negros (Mohammad, 2010; WACQUANT, 2001).

Conforme salientou Minayo (2006), os determinantes do incremento da inserção de jovens no "mundo do crime" no Brasil se encontram na extrema desigualdade social que marca o país, aliada à ausência de reconhecimento da população mais jovem e pobre:

> O ato subjetivo de entrada no mundo do crime é secundado e contextualizado por uma situação de extremas desigualdades, de falta de oportunidade para o protagonismo, como cidadão, e de total descrença nas possibilidades de acesso ao consumo, à cultura e ao reconhecimento social. Por isso, o mercado da violência passa a se configurar como uma escolha viável, numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral. (MINAYO, 2006, p. 32).

Cabe reconhecer, sobretudo, que os jovens pobres do Brasil, em particular os jovens negros, são vítimas da *violência estrutural*. Este conceito vem sendo difundido por Paul Farmer (2005) para referir-se a situações que não expressam a violência direta, fruto da ação de um indivíduo ou grupo. Trata-se de uma violência de caráter institucional, que expressa discriminação de tipo racial, de gênero etc. e que é gerada em contextos de relações desiguais de poder (político, econômico e institucional), historicamente construídas.

Com base na definição apresentada, podemos considerar o racismo institucional como uma modalidade de violência estrutural. Ele[2] é definido como uma modalidade de racismo que remete às formas

[2] O termo foi cunhado originalmente por Hamilton Carmichael (1967), um dos líderes do movimento Panteras Negras nos Estados Unidos.

como as instituições funcionam, contribuindo para a naturalização e reprodução da desigualdade racial. Ao evocá-lo, pretende-se dar visibilidade a processos de discriminação indireta que ocorrem no seio das instituições, resultantes de mecanismos que operam, até certo ponto, à revelia dos indivíduos (LÓPEZ, 2012). O racismo institucional não se expressa necessariamente de forma explícita ou declarada; costuma atuar de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, implicando distribuição diferenciada ou desigual de serviços, benefícios e oportunidades entre os diferentes segmentos raciais (SILVA et al. 2009).

Por outro lado, ao tratar dos processos de discriminação racial e seus efeitos, é preciso considerar as interfaces entre as dimensões estruturais e culturais, materiais e simbólicas, institucionais e interpessoais, díades que comportam, certamente, certo grau de sobreposição. A *raça* funciona como um canal entre cultura e estrutura social, e como tal, significados e valores a ela associados se impõem e são reforçados nas esferas do Estado, do mercado e das instituições sociais (GILROY, 1987). Tal imbricação se expressa também nas relações inter-raciais cotidianas, sendo responsáveis, entre outras coisas, por elevar ou reduzir a autoestima das pessoas.

"Juventude em uma sociedade suspeita" – produção de estigmas e contradições institucionais

Numa espécie de transgressão de enunciados recorrentes no imaginário social, Henry Giroux (2009) em sua obra *Youth in a suspect society. Democracy or disposabilit*, desenvolve uma análise primorosa sobre a realidade da juventude no bojo das sociedades capitalistas contemporâneas, particularmente, nos EUA. Ele salienta que os jovens têm se constituído, simultaneamente, em vítimas e ameaças da e à estrutura social vigente. Paulatinamente, observa o autor, a juventude foi deixando de ser um símbolo de esperança e promessa para se converter em um sinal de problema e ameaça. Mas, é necessário ressaltar, aqui, que o sentido da ameaça se concentra entre aqueles jovens cujos padrões étnicos, estéticos e/ou comportamentais fogem dos padrões hegemônicos.

O paradoxo se segue, na medida em que, apenas quando são reconhecidos como vítimas de exclusão e de marginalização social ou se configurando, nos casos mais extremos, em uma patologia social, é que os jovens passam a ser priorizados pelas políticas públicas. É o caso de grande parte da juventude latino-americana que encontra na vinculação com o fenômeno da violência, uma fonte de produção de visibilidade sobre sua existência (AMBROMOVAY et al., 2002).

Giroux (2009) considera que a juventude atual é vitimizada por duas modalidades de guerra: *suave* e *dura*. A guerra suave combina a incapacidade de desenvolver políticas públicas que forneceriam oportunidades genuínas, tanto para a realização pessoal, quanto para a formação de uma ética relativa à responsabilidade pública, a qual tornaria o jovem competente para se transformar em ator político.

A guerra dura se expressa através da disseminação do modelo repressivo e punitivo, seja no seio da escola, que a cada dia parece reproduzir a lógica da prisão, seja através do aumento da vigilância urbana, patrulhas policiais e, finalmente, do progressivo encarceramento. Quanto a este último, o autor corrobora as teses que apontam na direção da criminalização da pobreza nos EUA ou na Europa e enfatiza que dita tendência tem atingido brutalmente a juventude negra masculina.

Goodman (2011) antecipou parte deste cenário e de suas nuances contraditórias na década de 1960, ao apontar o jovem como uma das primeiras vítimas de um sistema social e econômico humanamente repressivo, mas que, ao mesmo tempo, apresentava grande potencial para se colocar na linha de frente da resistência a dito sistema. Partindo também de um mote sugestivo – *"growing up absurd"* –, ele apontou para os efeitos devastadores de um modelo de desenvolvimento econômico e de urbanização que resultou no primado das grandes corporações, na mercantilização da escola e na excessiva aglomeração urbana, com fortes desigualdades entre áreas centrais e periféricas.

A escola foi o foco central do trabalho de Goodman (2011), cujo objeto foi o fenômeno da delinquência juvenil de então. E sobre esta, ele se deparou com o seguinte dilema: se por um lado, o ambiente escolar era ruim e não contribuía para o pleno desenvolvimento de

crianças ou jovens, tampouco o ambiente doméstico ou das ruas era favorável para a grande parte da população que frequentava as escolas públicas americanas. Este beco sem saída pode ser transposto para a realidade brasileira.

É fato que o conjunto dos problemas apontados diz respeito à juventude como um todo. Entretanto, conforme demonstrado por diferentes argumentos e dados, eles se incrementam quando tratamos da população negra ou se particularizam, revelando facetas específicas que são parte de um corolário de consequência do já referido racismo institucional ou do racismo presente nas relações interpessoais cotidianas.

Problematizando, especificamente, a experiência escolar de jovens negros, Noguera (2008) aponta elementos importantes para a discussão em pauta. Ele recorda que a maioria dos meninos negros não se sente reconhecida como potencialmente inteligente ou capaz de demonstrar talentos em campos como os da ciência ou da literatura. Em geral, eles se encontram em escolas que reforçam estigmas e rótulos que contribuem para criar ou reforçar "um ciclo inevitável de fracasso" (NOGUERA 2008, p. 21).

Outro fator que pode afetar frontalmente a autoestima de crianças e jovens negros está relacionado com a ausência de valorização de elementos próprios de sua identidade racial e ancestralidade em diferentes contextos de socialização:

> Ninguém se sentiria orgulhosamente membro de sua família, de sua comunidade religiosa, de sua linhagem, de sua etnia e de sua nação, se durante o processo de educação e socialização, não fossem enfatizados e inculcados os valores positivos dessas comunidades de pertencimento (MUNANGA, 2010, p. 177).

E por falar em reconhecimento, como explicar a ausência de debates ou de produção científica sobre a problemática da juventude no campo da Saúde Coletiva brasileira ou latino-americana? Em efeito, as discussões e publicações, que tampouco são volumosas, se concentram na área de Educação e Serviço Social. Se pensarmos, por exemplo, em termos de magnitude dos problemas, um dos critérios clássicos para definir prioridades em Saúde Pública, os números da

mortalidade de jovens negros no Brasil na última década justificariam plenamente investimentos sobre esta temática.

Este aspecto é referido de forma enfática por Paixão et al. (2011), que destacam lacunas relacionadas com processos de socialização familiar e formação das expectativas em termos de projetos profissionais entre os grupos afrodescendentes. Faltam pesquisas que possam responder, entre outras, às seguintes perguntas:

> [...] como identificar o momento e os motivos que levam um pai branco ou afrodescendente a investir na escolaridade dos filhos ou a incentivá-los aos estudos ou a irem mais além em termos dos níveis de escolaridade? Como mensurar os efeitos da falta de exemplos concretos de pessoas que exerçam funções mais prestigiadas em sua vida profissional com as quais uma criança afrodescendente, por exemplo, possa se identificar? Ou os efeitos do racismo e da discriminação sobre a formação das expectativas da família diante da escola e das demais etapas da formação profissional? (PAIXÃO et al., 2011, p. 22).

O cuidado integral da juventude– enfrentamento da desigualdade e espaço para a alteridade

Os programas de intervenção social dirigidos à juventude tendem a gravitar em torno da díade vulnerabilidade/risco, combinando em diferentes dosagens (segundo o "diagnóstico") medidas sócio-educativas, assistência psicossocial e medicalização. Quase sempre, predominam nas estratégias e ações que operam nessa esfera um enfoque de cunho assistencialista e tutelar – uma tendência que é reforçada quando o público-alvo é constituído de adolescentes ou jovens. Os contornos da intervenção podem variar de acordo com as representações construídas em torno deles, as quais também deslizam entre os polos "vulnerabilidade-risco", embora este último esteja muito mais associado ao risco que eles possam representar para a sociedade.

Assim, ora os jovens são colocados na posição de vítimas da desigualdade social, da violência, da dependência das drogas ou de outras mazelas da vida moderna; ora são apontados como inconsequentes, delinquentes – enfim, perigosos. Graças ao reforço sistemático da mídia e de outros canais de difusão de conhecimento

e informações, incluindo a escola, quando se trata de jovens negros, a segunda alternativa costuma prevalecer.

Em qualquer dos casos, é raro reconhecer o jovem como sujeito ativo, capaz de construir um projeto de vida, com relativa autonomia. Além disso, se lhes acusa de alienação política, mas não se permite que eles se manifestem com um *script* próprio. Foi precisamente o que observamos nas reações do Estado e de parte da sociedade brasileira frente os protestos de rua encabeçados pelos jovens em 2013.

Em uma sociedade democrática, que deve comportar a autorregulação e a crítica social, os jovens precisam e demandam uma formação crítica, que lhes favoreça um pensamento autônomo e oportunize conhecimentos e habilidades para ser capaz de participar em tal sociedade (GIROUX, 2009). No caso brasileiro, temos ainda que superar os resquícios da convivência com o autoritarismo estatal.

A experiência com regimes ditatoriais, com destaque para duas décadas de ditadura militar, influenciou tanto o funcionamento do Estado brasileiro, quanto as mentalidades coletivas (MINAYO, 2006; WACQUANT, 2001). Tal fato tem implicações na adesão incondicional à defesa dos direitos humanos no país. Costuma prevalecer aqui uma espécie de hierarquização na condição de humanidade, de tal modo que "alguns são mais humanos que outros". Isto poderia explicar o fato de que parte dos brasileiros se refira à "defesa dos direitos do homem com a tolerância a *bandidagem*" (WACQUANT, 2001, p. 11).

Assim, tanto no plano ideológico, quando da ação de agentes públicos ou mesmo não governamentais que atuam na esfera sócio-sanitária, se reproduz vigorosamente a imagem de "criminalização das periferias". Ao separar o joio do trigo, aos bandidos se apregoa a tolerância zero, às vítimas, pode ser oferecido, no melhor dos casos, um espaço de escuta, a exemplo da França, conforme descrito por Fassin (2005). A contar pelos indicadores de perfil racial nas prisões (MOHAMMAD, 2010; GIROUX, 2009; WACQUANT, 2001), mais uma vez o marcador racial vai incidir desfavoravelmente sobre a juventude negra.

Nas análises que tem produzido acerca das políticas públicas contemporâneas, com destaque para o campo da saúde, Fassin (2005, 2006b) coloca em relevo a presença marcante do que ele denominou

de *ethos da compaixão*. Uma expressão que ele tem adotado para se referir à tendência em voga das políticas sociais da França de limitar sua atuação em dispositivos – espaços de escuta – orientados por princípios humanitários, tais como: disposição para escutar o outro, compaixão frente ao seu sofrimento e empenho em aliviá-lo. Em contrapartida, tal como bem observado pela crítica aguçada de Fassin, neste tipo de intervenção social ficam subsumidas, ou são negligenciadas, as causas mais profundas do sofrimento humano, seja no plano individual, ou no coletivo, especialmente entre os grupos socialmente marginalizados.

Procurando vislumbrar alguns eixos que possam nortear investimentos no cuidado integral da juventude brasileira, com especial atenção para o contingente de negros e negras, considera-se oportuno relembrar à referência aos dois polos da justiça social, enfatizados por Fassin (2006a): distribuição e alteridade. O conjunto de indicadores e argumentos apresentados ao longo do texto evidenciam a urgência de investimentos em políticas públicas de caráter transetorial que possam reverter a distribuição desigual de capital político, social e cultural entre a população branca e não branca no Brasil. Tais investimentos devem considerar o fato de que a iniquidade racial tem afetado de modo particularmente cruel a população jovem e negra do país.

Para nortear as iniciativas nessa direção, convém considerar também as imbricações entre modelos de desenvolvimento, liberdade e direitos humanos, nos termos propostos por Sen (2009). Os modelos dominantes de desenvolvimento têm reduzido drasticamente a possibilidade de escolha da maioria dos cidadãos em várias esferas da vida social: escola, trabalho, lazer. Um fato que se traduz em redução da "capabilidade" (*capability*), que se refere à oportunidade dos indivíduos de ter à disposição diferentes alternativas e combinações de funcionamentos humanos e, deste modo, poder escolher segundo a valoração da sua capacidade ou identificação com seu modo de ser (SEN, 2009). Possibilidade de escolha, seja no plano individual ou coletivo, é algo que se revela bastante distante da realidade da juventude negra brasileira.

Por outro lado, considera-se pertinente e necessária a criação de espaços de escuta para os jovens, a qual não poderia demonstrar apenas empatia e sensibilidade frente aos seus problemas ou

mal-estar existencial/social. Tais dispositivos devem comportar, necessariamente, a oportunidade da participação ativa desde coletivo em iniciativas e ações comprometidas com a análise crítica da sua realidade social, considerando, entre outros aspectos, a discussão sobre as dinâmicas através das quais forças sociais como pobreza, racismo, diferenças de gênero e exclusão social produzem o adoecimento, o sofrimento ou a morte.

Enfatiza-se, ainda, o imperativo de acolher e respeitar a narrativa genuína dos jovens, bem como, sua linguagem corporal, estética, valores etc. Estamos tratando, por certo, de um grupo social que se destaca pela pluralidade e instabilidade em termos de estilos, posições, desejos etc. Assim sendo, qualquer iniciativa que se oriente por classificações rígidas no momento de precisar o denominado "público-alvo" ou que paute suas estratégias em um conjunto pré-formatado de ações, estará fadada ao fracasso. Afinal, o que se apresenta é um convite para se defrontar com a alteridade juvenil, com todos os desafios e percalços que isto possa implicar no bojo de um projeto comprometido com o cuidado integral.

Referências

ALVES, J. A. L. A Conferência de Durban contra o racismo e a responsabilidade de todos. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 45, n. 2, p. 198-223, 2002.

AMBROMOVAY, M. et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina*. Desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO/BID, 2002. 192 p.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). *Saúde da população negra*. V. 1. Petrópolis: DP, 2012. p. 70-97.

FARMER, P. *Pathologies of power*. Berkeley: University of California Press, 2005.

FASSIN, D. Compassion and repression: the moral economy of immigration policies in France. *Cultural Anthropology*, v. 20, n. 3, p. 362-387, 2005.

_____. Conflitos do outono de 2005 na França. *Tempo Social*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 185-196, 2006a.

FASSIN, D. Suffrir par le social, gouverner par l'écoute: une configuration. *Politix*, v. 73, p. 137-157, 2006b.

GILROY, P. *There ain't no black in the Union Jack*. London: Hutchinson, 1987.

GIROUX, H. *Youth in a suspect society. Democracy or disposability*. New York: Palgrave Macmillan, 2009.

GOODMAN, P. *Growing up absurd.* New York: New York Review Book, 2011.

GUIMARÃES, A. S. A. *Racismo e antirracismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 2009.

HANCHARD, M. *Orpheus and power: The Movimento Negro in Rio de Janeiro and Sao Paulo, Brazil, 1945-1988*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Dados sobre População do Brasil, PNAD* (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (Eds.) *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.

LÓPEZ, L. C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012.

MARX, A. W. *Making race and nation: a comparison of South Africa, the United States, and Brazil.* Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

MINAYO, M. C. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).

MOHAMMAD, K. G. *The condemnation of blackness: race, crime, and the making of modern urban America*. Cambridge: Harvard University Press, 2010.

MUNANGA, K. Teoria social e relações raciais no Brasil Contemporâneo. *Cadernos Penesb*. Rio de Janeiro, n. 12, 2010.

NOGUERA, P. A. The trouble with Black boys: and other reflections on Race, equity, and the future of public education. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

OMI, M.; HOWARD, W. *Racial formation in the United States*: from the 1960s to the 1990s. New York and London: Routledge, 1994.

PAIXÃO, M. et al. (Org.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010*. Rio de Janeiro: Garamond; Laeser/IE/UFRJ, 2011.

SEN, A. *The idea of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

SILVA, J. et al. A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). *A construção de uma política de promoção da igualdade racial*: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea, 2009, p. 147-70.

TREITLER, V. B. *The Ethnic Project*: *transforming racial fiction into ethnic factions.* Stanford, CA: Stanford University Press, 2013.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

WAISELFISZ. J. J. Mapa da Violência 2013. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano, 2013.

O que é o processo judicial? Reflexões sobre profecias, relações de poder e virtualização

Felipe Dutra Asensi

Introdução

Em meio a diversas influências advindas de tradições jurídicas, normas, organização do Estado, transformações do capitalismo e mobilização da sociedade contemporânea, o processo judicial representa uma totalidade que transcende as partes que se encontram em litígio, os serventuários da Justiça, os juízes que estão julgando, as dinâmicas societárias presentes na resolução do conflito e, até mesmo, os Estados nacionais.

O estudo do processo judicial como objeto que orienta relações sociais está submetido a uma transformação mais ampla no âmbito da sociologia. Segundo Pels, Hetherington e Vandenberghe (2002, p. 1), a transformação se refere ao retorno das reflexões sobre objetos, coisas e materiais na teoria social contemporânea. Após o pós-estruturalismo e o construtivismo "terem diluído tudo que era sólido no ar", é apropriado analisar a "imediatidade sensória dos objetos que vivenciamos, trabalhamos e utilizamos, em que rotineiramente depositamos a nossa confiança, que amamos e odiamos, que nos vincula tanto quanto vinculamos eles". O processo judicial possui a capacidade de produzir sensações, inspirações e esperanças, além de traduzir um mecanismo estatal e supraestatal de resolução de conflitos historicamente constituído na figura do magistrado.

Antes de tudo, o processo judicial é um dos mecanismos de resolução de conflitos. Sua materialidade e relevância institucional permitem

afirmar que não se trata de uma mera "coisa" cujo significado é atribuído por uma vontade individual. Pelo contrário, deve ser admitido como "actante", ou seja, a "sua agência é entendida como constituída por uma vontade-em-força relacional" (PELS; HETHERINGTON; VANDENBERGHE, 2002, p. 2). O processo judicial exprime relações sociais, e tais relações são mediadas por fatores morais, psicológicos, jurídicos, políticos, econômicos, religiosos, ritualísticos, muitos dos quais não se restringem às fronteiras dos Estados nacionais.

Da mesma forma, o processo judicial expressa elementos simbólicos e narrativas, de modo a definir os indivíduos que poderão ser protagonistas em seu desenvolvimento (juízes, partes, etc.), e quais serão os atores de bastidores (serventuários, oficiais de justiça, etc.). Trata-se de um objeto-ação, que pode ser constantemente alterado, modificado e incorporado a partir das práticas dos atores numa dinâmica judicial. Por isso, uma análise sobre o processo judicial deve ressituar sua atenção analítica sobre a adesão material e a historicidade concreta deste objeto através dos seus significados para os atores. O processo exprime uma rede de conexões internas e externas que se traduzem num complexo global, de modo que diversos atores sociais estejam interconectados nos múltiplos níveis, sejam eles o nível local, estadual, federal e internacional.

Esta relação com os objetos não necessariamente se apresenta da mesma forma quando se analisa o significado que os atores atribuem ao processo judicial. Segundo Hebdige (1988, p. 77), "em nenhum lugar nós encontramos 'redes de relações' mais familiares e 'materiais', e também mais contraditórias, do que aquelas com os objetos materiais da forma como são situados e significados". Com isso, quando os indivíduos estabelecem relações sociais na dinâmica judicial, observa-se que o significado que o processo adquire para eles pode ser distinto.[1] Para um réu, o processo pode significar uma ameaça injusta à sua liberdade. Para um autor, o processo pode significar um incremento

[1] A este respeito, cumpre destacar o afirmado por Collins a respeito de sua pesquisa sobre rituais de consumo de tabaco: "Meu objetivo é de explicar como as substâncias ingeridas no corpo são experienciadas de uma variedade de formas – mesmo como objetos de referência ou de repulsão – dependendo dos processos rituais em que elas se desenvolvem" (COLLINS, 2004, p. 298).

de sua renda pessoal. Para o advogado, por sua vez, o processo pode significar o exercício de sua profissão. Para o juiz, por fim, pode significar o cumprimento de seu dever legal.

Além desta pluralidade e heterogeneidade de sentidos que a ação possui para os atores, ainda é possível pensar como que atores externos ao processo, apesar de não possuírem relação direta com este objeto, passam a orientar suas ações por este. É comum que pessoas com cargos públicos evitem a exposição à mídia para afastarem a possibilidade de proposição de processos judiciais por parte do Ministério Público ou associações civis. Também se observa que uma das principais demandas de investidores externos consiste na simplificação dos processos judiciais e mais rapidez no alcance da decisão do juiz.
Portanto, uma vez cercado por uma pluralidade de atores e concepções, o processo judicial funciona como um caleidoscópio que serve como ponto de convergência dessas pluralidades num espaço comum, seja com atores internos ao processo (partes, advogados, juízes) ou externos (políticos, empresários). Observe-se que este feixe de convergência pode apresentar ainda mais heterogeneidade, justamente porque a linha divisória entre os atores internos e externos é tênue, de modo que, a todo momento, tenhamos mudanças de posições e disposições entre aqueles que ocupam um lugar interno e aqueles que ocupam um lugar externo. De fato, "o mundo das coisas parece ser especialmente resistente à exegese coerente" (HEBDIGE, 1988, p. 78).

É preciso reconhecer, no entanto, que "a forma através da qual o objeto é organizado não é arbitrária" (HEBDIGE, 1988, p. 95). O processo possui uma forma de organização, formulação e funcionamento bem específica, que se encontra orientada por provimentos, normas, costumes e estratégias próprias do campo do direito, além de receber influência de tradições jurídicas historicamente constituídas e de outros campos do conhecimento.

O objetivo deste trabalho consiste justamente em compreender o objeto processo judicial como um fato social global total, no qual se desenvolvem uma série de elementos relacionais, símbolos e significados que constituem redes de relações sociais que variam desde o âmbito local ao internacional, além de englobar em seu interior tradições jurídicas historicamente constituídas no mundo e

que se interpenetram dinamicamente no mundo contemporâneo com hibridizações mediante a influência do capitalismo mundial.

Constituições sociológicas e sistemas jurídicos

As concepções construídas acerca do processo judicial no Brasil encontram-se ancoradas em culturas jurídicas constituídas historicamente, e não a meras escolhas voluntariamente realizadas pelos atores sociais. O formalismo, a relação com a literalidade escrita e a ênfase simbólica nas regras gerais encontram-se relacionados a tradições e culturas jurídicas constituídas ao longo de séculos. De fato, "a cultura imprime em cada um de seus membros uma marca fundamental, que continua a marcá-lo mesmo quando já não é percebida" (GARAPON; PAPADOPOULOS, 2008, p. 6). Mais precisamente, a cultura jurídica possui a característica de um fenômeno total, pois é "passível de uma explicação econômica (o mercado do direito), histórica (a criação do Estado de direito), linguística, e até mesmo geopolítica (a estabilidade política é, como se sabe, uma das condições do desabrochar do liberalismo)" (p. 11). Fruto de contextualizações econômicas, sociais, políticas e culturais das mais diversas possíveis, a cultura jurídica é elemento indissociável das sociedades específicas, o que revela a complexidade do processo judicial como fato social global total. Em outras palavras, a cultura jurídica é "o produto de tudo isso e, ao mesmo tempo, mais do que isso. É uma força que impulsiona para a unidade, a coerência na qual a história tem um peso determinante, mas que não explica tudo" (p. 11).

Neste sentido, Garapon e Papadopoulos (2008) estabelecem que a cultura jurídica deve ser abordada, simultaneamente, como um modo de produção da verdade e como uma configuração do político. Acompanhando o raciocínio de Foucault, os autores ainda argumentam que o modo de produção de verdade está fortemente associado à constituição de uma subjetividade. Além disso, pensando de forma mais minuciosa, "cada cultura escolhe, dentre as diversas profissões jurídicas, uma figura de proa em torno da qual ela se organiza" (p. 13). No caso do direito, a figura do juiz recebeu destaque na medida em que serviu como um mediador de conflitos investido da autoridade estatal para decidir.

De fato, um sistema jurídico é um conjunto de instituições jurídicas, procedimentos e regras diversas. "Num mundo organizado em Estados soberanos e organizações de Estados, existem tantos sistemas jurídicos quanto Estados e organizações" (MERRYMAN, 2007, p. 1). Basicamente, nos países ocidentais modernos, observam-se duas culturas jurídicas: a *common law* e a *civil law*.

A *common law* consiste no direito que se desenvolveu por meio das decisões dos tribunais, e não mediante atos legislativos ou executivos. Em países de *common law,* o direito é criado ou aperfeiçoado pelos juízes: uma decisão a ser tomada num caso depende das decisões adotadas para casos anteriores e afeta o direito a ser aplicado a casos futuros. Nesse sistema, quando não existe um precedente, os juízes possuem a autoridade para criar o direito, estabelecendo um precedente; caso exista, deve o juiz adotá-lo. Esse sistema foi adotado por diversos países, especialmente aqueles que herdaram da Inglaterra seu sistema jurídico, como Estados Unidos e Canadá.

A *civil law* é a cultura jurídica mais disseminada no mundo, baseada no direito romano e sistematizada pelo fenômeno da codificação do direito, a partir do século XVIII. O direito é organizado em códigos, sendo, portanto, típico deste sistema o caráter escrito do direito, a exemplo do Brasil, Portugal e Itália. Outra característica dos direitos na *civil law* consiste na generalidade das normas jurídicas, que são aplicadas pelos juízes aos casos concretos. Segundo Garapon e Papadopoulos (2008, p. 41), "o projeto do direito é fazer corresponder – se necessário pela força – o real com um mundo ideal definido por regras coerentes. A estética aqui tem um papel importante. Este direito beneficia mais os especialistas que os atores". Trata-se de uma diferença relevante da *common law*, que infere normas gerais a partir de decisões judiciais proferidas a respeito de casos individuais.

Em ambos os casos, a imersão do indivíduo nestas culturas jurídicas secularmente constituídas pode ensejar a sua própria reificação. No contexto da *civil law*, a simbologia do objeto processo judicial pode ensejar a reificação daqueles que participam de sua constituição. De sujeitos proponentes de ações judiciais, os indivíduos podem imergir numa série de sinergias, complexidades e interações que têm como resultado a sua própria objetificação. Segundo Pels, Hetherington e

Vandenberghe (2002, p. 4), a reificação refere-se a uma "transposição insegura de relações humanas, processos, ações e conceitos em objetos impessoais não-humanos, e, então, implica numa dupla denúncia da automatização alienadora dos conceitos intelectuais e das estruturas sociais".[2] Os sujeitos passam a ser pensados com o processo em termos de códigos definidos previamente, tais como autor, réu, recorrente, representado, etc. Ao ser enquadrado em classificações objetivas definidas pelo campo do direito e orientadas pela cultura jurídica própria do processo judicial, o indivíduo passa a ser visto como um ator dessubjetificado.

Simultaneamente, observa-se a transformação do objeto processo judicial em "sujeito" a partir do "fetichismo" que se passa a exercer em relação aos atores dessubjetificados. De coisa, o processo passa a ser um objeto "actante" que reúne em seu interior desejos, emoções, aspirações, esperanças, valores, vontades e, portanto, vida. Neste sentido, "o fetichismo comumente indica o processo inverso de personificação e 'agent-ificação' de objetos materiais, que são vistos como possuídos por forças espirituais e, até mesmo, sobrenaturais, e se orientam como atributos mágicos" (idem).

Nesta dupla transformação – reificação dos sujeitos e fetichização do objeto –, as relações sociais passam a produzir novas concepções que superam a separação binária e aparente entre *homem* e *coisa*. Inscritos em contextos cada vez mais heterogêneos de ação, sujeito e objeto recebem diversas significações a depender de fatores sociais, culturais, políticos e também jurídicos. Em outras palavras, as linguagens da reificação e do fetichismo oferecem-se como temas instigantes para "repensar o relacionamento entre a socialidade e a materialidade em condições de incerteza ontológica em que a demarcação entre o mundo das coisas e o mundo das pessoas está perdendo sua obviedade e solidez" (PELS; HETHERINGTON; VANDENBERGHE, 2002, p. 4). Relacionado

[2] A este respeito, vale ressaltar a análise de Vandenberghe: "Apesar da reificação ter recebido grande atenção do Marxismo Ocidental e, acima de tudo, em História e consciência de classe (1923) de Lukács, é importante não restringir o uso do conceito àquela tradição, mas observar que também pode ser encontrada no trabalho de Kant, Hegel, Nietzsche, Dilthey, Husserl, Heidegger, Simmel e Max Weber para criticar a desumanização, a racionalização e as tendências alienadoras da modernidade" (VANDENBERGHE, 2001, p. 12.993).

à cultura jurídica da *civil law*, o processo judicial brasileiro pressupõe mecanismos de inclusão e exclusão nos quais os sujeitos ingressam e saem num contexto de tensão entre reificação e fetichismo.

O processo para além do direito

Como visto, no Brasil, o processo judicial é escrito, baseado em procedimentos previstos em lei, e construído ao longo do tempo. Como a dinâmica judicial está inserida num campo próprio – o direito –, observa-se que, para o indivíduo transitar em seu interior, deve também adotar a linguagem própria do campo. O indivíduo que se relaciona com o objeto processo judicial deve possuir um controle mínimo a respeito da linguagem jurídica, que é conceitual, e da forma como se constrói o processo. Neste sentido, para participar da construção deste objeto – o processo judicial –, o indivíduo deve estar apto a mobilizar a linguagem jurídica e a participar das dinâmicas legais de sua produção. Trata-se de um objeto que diz respeito a todos, porém o grupo participante de sua construção é restrito às partes e, principalmente, aos profissionais do direito (advogados, magistrados, etc.).

Observa-se, ainda, que o objeto processo judicial se define predominantemente pela gramaticalidade escrita. Esta só faz sentido quando se estabelecem estratégias de individuação deste processo, ou seja, quando se constitui o objeto em sua relação com os atores sociais. Por isso, todo processo judicial possui uma capa que apresenta informações elementares, tais como o número do processo, o nome das partes, o nome dos advogados, o tipo de ação, ano de proposição, juízo encarregado de julgar, etc. O momento da individuação do objeto, em que passam a constar as características definidoras dos atores internos (juízo, partes e advogados), representa a transformação da materialidade do *objeto capa* em *objeto processo judicial*. A partir daí, de mera coisa, a capa passa a convergir uma série de saberes e práticas locais, nacionais e internacionais que se traduzem na figura do processo judicial como fato social global total.

Simbolicamente, o principal signo que denota a transformação da coisa (capa) em objeto (processo judicial) é a juntada da petição inicial, momento em que o autor ativa o Judiciário para resolver determinado

litígio. Esta juntada será prosseguida de diversos documentos, histórias, narrativas, provas e desígnios que farão com que o objeto processo judicial seja um objeto em constante construção. O elemento da dinamicidade é fundamental, pois permite que o processo judicial tenha sua versão acabada diferente daquela inicialmente pleiteada pelo primeiro ator interno do processo: o autor. De fato, a materialidade final do objeto processo judicial, em termos dos conteúdos ali inseridos, pode ser diferente dos sentidos atribuídos pelo autor da petição inicial. Ou seja, observa-se um objeto baseado na construção coletiva e heterogênea por parte dos atores sociais.

A transformação do sentido inicial da petição inicial pode ocorrer em função de uma série de fatores, tais como: a) organização racional de ideias insuficiente; b) inadequação da linguagem utilizada; c) problemas na definição precisa dos componentes do argumento; d) momento inapropriado para a exposição do argumento; e) ausência de provas concretas; f) contestação do réu mais convincente. Deste modo, apesar de preservar em termos simbólicos sua integridade, o processo judicial é um objeto bastante peculiar: a sua construção é permanente, que se prolonga no tempo e, frequentemente, dura anos até alcançar a materialidade final. Vale dizer que a materialidade final não significa necessariamente uma correspondência à verdade, considerando os fatores acima elencados.

Neste sentido, este objeto potencializa a capacidade dos atores de influírem, através de interações sociais dialógicas, na construção de sua materialidade mediante uma rede de significados, argumentos e sentidos. Isto intensifica ainda mais a relação entre os atores e o objeto, na medida em que a rede de símbolos e significados que este possui pode receber constante transformação pelos atores. A forma de construção deste objeto possui relação, por exemplo, com o sistema de organização do Kula, estudado por Malinowski.

Segundo Malinowski, o Kula é um sistema intertribal de trocas praticado pelos trobriandeses, na Melanésia, que, inclusive, é praticado até nos dias atuais. O Kula envolve transações locais e em todo o arquipélago, através das quais colares e braceletes de conchas são oferecidos com um certo intervalo de tempo, percorrendo depois o

mesmo circuito fechado, mas em sentido inverso. Após certo período, os objetos recebidos são repostos em circulação e seu valor reside na continuidade da transmissão. Assim, "todos os artigos do Kula, todos os detalhes de cada transação são fixados e regulamentados por um conjunto de regras e convenções tradicionais, sendo que alguns atos são acompanhados de elaborados rituais mágicos e cerimônias públicas" (MALINOWSKI, 1976, p. 85). Por isso, a posse provisória do objeto fornece prestígio e renome. O Kula foi qualificado por Marcel Mauss (1950) como um fato social total.

Assim como o Kula, a construção do objeto processo judicial é acompanhada de um conjunto de regras e convenções, que estão fortemente relacionadas à cultura jurídica de determinada sociedade. A construção de um objeto, como visto em Hebdige, não é jamais arbitrária, uma vez que pressupõe o respeito aos rituais através dos quais atores internos e externos ingressam e saem de dinâmicas judiciais de resolução de conflitos. Há momentos para a manifestação das partes, há momentos para apresentação de provas, há momentos para promulgar a decisão judicial, há momentos para recorrer de tais decisões, etc. – a construção deste objeto é sempre ritualizada.

Malinowski (1976, p. 86) ainda salienta que os atores não necessariamente percebem o contorno total de sua estrutura social e, inclusive, dos objetos pertencentes a tais estruturas. Deste modo, o antropólogo afirmar que "aquilo que nos aparece como uma instituição extensa, complexa e bem organizada resulta de diversos propósitos e ações levados a cabo". Isto significa admitir que a totalidade do objeto não pode ser apreendida a *in totum* por parte dos atores sociais internos ou externos a ele, inclusive quando nos referimos ao processo judicial.

O modelo por trás do processo

Como visto, o processo judicial encontra-se amplamente relacionado a tradições jurídicas constituídas ao longo do tempo, traduzindo-se num complexo de símbolos, narrativas e procedimentos fundamentais para a resolução de conflitos no mundo contemporâneo. O processo judicial encontra-se imerso numa rede de relações sociais que se desenvolvem

de forma ritualizada, de modo que a ação dos indivíduos na construção deste objeto deva observar as práticas e regras rituais específicas.

De fato, "os rituais marcam as fronteiras de inclusão e exclusão [...]. Tais rituais também podem criar novas fronteiras sociais, identidades sociais e grupos, mais do que serem meramente adotados por grupos preexistentes" (COLLINS, 2004, p. 297). Portanto, a construção do objeto processo judicial envolve uma série de rituais e formas de proceder, que remetem a gramaticalidades, cores, formas geométricas e ações que os indivíduos devem estabelecer em sociedade. Somente mediante a observância das práticas rituais é possível o indivíduo se situar nas fronteiras da inclusão/exclusão e, portanto, se definir como parte legítima no interior de uma dinâmica judicial.

Dentre as características físicas deste objeto, é importante destacar que o processo judicial possui cores, informações que devem constar na capa, informações de conteúdo, provas, argumentos jurídicos e não jurídicos, etc. Este ritual encontra-se muito mais relacionado à tradição jurídica que orienta o processo e às transformações do mundo contemporâneo do que a eventuais normas pré-existentes ou convenções sociais voluntariamente estabelecidas.

Uma vez definida a capa, as informações básicas e os ornamentos iniciais, este objeto passa a ser definido a partir do seu conteúdo, ou seja, das postulações dos indivíduos que o compõem: autor, réu, advogados e magistrados. O ritual e os ornamentos dão significado ao objeto que será construído paulatinamente, de forma prolongada, a partir de uma heterogeneidade de atores. Os sentidos deste objeto emergem justamente desta interação social ritualizada, que recebe influência de ações sociais, símbolos e estratégias estabelecidas pelos indivíduos em seu cotidiano. Como todo ritual, o processo judicial possui protagonistas que lideram o seu desenvolvimento: os juízes. Utilizando uma terminologia de Merton (1970), o Judiciário é uma profecia que se cumpre por si mesma, e os juízes se tornaram profetas do ritual jurídico.

Num primeiro momento, quando os indivíduos definiram as situações como reais, a profecia tratou menos de um processo desenvolvido pelo próprio Judiciário, e mais de um contexto político institucional específico de redemocratização do país e da Assembleia

Nacional Constituinte[3]. A consequência da profecia, em que a conduta consequente e algumas das consequências dessa conduta são determinadas pelo sentido atribuído, traduz-se numa ampliação e fortalecimento real da presença do Judiciário na vida cotidiana, o que influenciou, inclusive, as construções teóricas e metodológicas do direito brasileiro e internacional centradas na figura do juiz.

Enquanto profecia, o Judiciário sempre possui como prova o elemento *ex post facto*. Ou seja, o que define a veracidade da profecia é justamente seu desenvolvimento no mundo cotidiano. No caso do Judiciário, observa-se uma série de reformas que se operaram nos últimos 15 anos, que visam intensificar o arcabouço jurídico-institucional deste Poder.

Num contexto em que as instituições estatais encontram-se num processo de crise e de reformulação jurídico-institucional, "somente escapou deste naufrágio o Poder Judiciário, pelas razões que dizem respeito à sua função" (BADINTER, 2003, p. 10). Segundo Badinter, dentro de uma sociedade cada vez mais conflitiva, todas as autoridades morais tradicionais encarregadas de resolver os litígios familiares ou comunitários perderam seu crédito. O recurso à Justiça, autoridade funcionalmente encarregada de resolver os conflitos e de assegurar o respeito à regra comum, está crescendo. "Assim como o juiz, porque ele é competente para resolver o conflito, para dizer o Direito, e que o Direito exprime, dentro de toda a sociedade, um sistema de valores, de modo que este juiz apareça como depositário e defensor destes valores" (idem).

Estas características nos auxiliam a compreender a transformação que Werneck Vianna (2003) já havia observado da importância do Judiciário atualmente. Este reforço institucional, associado à própria assunção dos magistrados como profetas, alçou este Poder a um verdadeiro referencial teórico, metodológico e, inclusive, cotidiano por

[3] São diversos os fatores que concorrem para o teor social da redemocratização e da Constituição de 1988, dentre os quais se destacam: a) a tentativa de correção dos excessos e descaminhos provocados pelo regime militar, garantindo um amplo catálogo de direitos sociais intangíveis pelo Estado e uma série de instrumentos processuais para sua efetivação; b) a própria intenção de formular uma Constituição que atue como redutora de diferenças sociais, políticas, econômicas e culturais; e c) a participação da sociedade civil, dos grupos sociais e políticos e dos diversos grupos de pressão.

parte dos atores sociais e políticos. No entanto, esse fortalecimento não necessariamente esteve associado a um processo de incorporação da sociedade civil na esfera judicial, mas a um processo de delimitação de espaços e competências de atuação que se traduziu em regras para ingressar com ações judiciais. Mais propriamente, os profetas – que se constituíram como tais pela profecia, e não o inverso – definiram sua identidade a partir do estabelecimento de limites de ação a seus seguidores. Seria fundamental estabelecer diferenciações institucionais entre os profetas e os seguidores, ou seja, entre o intragrupo e o extragrupo. E esta diferenciação se opera sob a lógica da reificação e do fetichismo.

Os extragrupos são formados por todos aqueles indivíduos que não se confundem com os profetas. A sociedade civil, os políticos, os partidos, os organismos internacionais são todos elementos não proféticos que são essenciais para a manutenção, existência e funcionamento da profecia, inclusive porque compartilham dela. O intragrupo é o próprio Judiciário, com regras de sociabilidade bastante definidas, processos de recrutramento cada vez mais rígidos baseados na meritocracia, e com um perfil fortemente elitista no Brasil.[4] O intragrupo ainda possui uma série de competências descritas constitucionalmente que não se reduzem à resolução de litígios, pois também englobam a efetivação de direitos e o controle de constitucionalidade de normas. Logicamente, não há fixidez nesta diferenciação entre o intra e o extragrupo, pois conforme mudam as situações jurídicas, também mudam as linhas de separação.

Uma das principais formas de diferenciação entre os grupos está associada às possibilidades do extragrupo recorrer ao intragrupo para resolver determinado litígio. De fato, "a instituição de um 'espaço judicial' implica a imposição de uma fronteira entre os que estão preparados para entrar no jogo e os que, quanto nele se acham lançados, permanecem de fato dele excluídos" (BOURDIEU, 2000, p. 225). Bourdieu salienta que a diferença entre a visão comum daquele membro do extragrupo e a visão do intragrupo, para usar a

4 Para uma análise do perfil do magistrado brasileiro, ver Werneck Vianna et al. (1997).

terminologia mertoniana, não é acidental. Pelo contrário, trata-se de uma distinção constitutiva de uma relação de poder, "que fundamenta dois sistemas diferentes de pressupostos, de intenções expressivas, numa palavra, duas visões do mundo" (idem, p. 226). Deste modo, para ingressar na dinâmica judicial do intragrupo, o extragrupo deve conformar-se com as regras de procedimento[5] e "aceitar tacitamente a adoção de um modo de expressão e de discussão que implica a renúncia à violência física e às formas elementares da violência simbólica, como a injúria" (idem, p. 229).

Observe-se que as regras para ingresso no mundo do intragrupo não fazem do extragrupo um membro efetivo do intragrupo, mesmo que provisoriamente. A entrada não pressupõe incorporação, mas sim um modo de proceder típico das atividades desenvolvidas no interior do intragrupo judicial. Inclusive, em geral o extragrupo não pode ingressar no intragrupo sem uma figura intermediária, que permita a ligação entre os dois mundos: o advogado. O membro do extragrupo somente pode ingressar no intragrupo mediante o auxílio do indivíduo híbrido, que se situa na mediação entre ambos os mundos. Isto faz com que este ingresso, além de orientado por uma série de regras de procedimento, ainda necessite do advogado. Observe-se que são bastante restritas as possibilidades de o membro do extragrupo ingressar autonomamente no intragrupo,[6] o que torna o espaço judicial fortemente regrado.

Na perspectiva de Merton, quando ocorre a interação entre intra e extragrupos, é possível observar uma transformação moral. Este processo pode ocorrer de duas formas: a) quando os extragrupos

---

[5] Bourdieu, resgatando Austin, sustenta que as exigências que estão implicitamente inscritas no contrato que define a entrada no campo jurídico são as seguintes: "a primeira é o fato de se dever chegar a uma decisão, e a uma decisão 'relativamente branca ou preta, culpado ou não culpado, para o queixoso ou para o acusado'; a segunda é o fato da acusação e da defesa deverem ordenar-se numa das categorias reconhecidas do procedimento que se impuseram no decurso da história e que, não obstante o seu número, permanecem muito limitadas e muito estereotipadas em relação às acusações e às defesas da vida cotidiana – o que faz com que conflitos e argumentos de toda a espécie permaneçam aquém da lei como exclusivamente morais; a terceira é o fato de se dever recorrer a precedentes e de se conformar a eles, o que pode levar a distorções das crenças e das expressões correntes" (BOURDIEU, 2000, p. 230).

[6] São algumas hipóteses de dispensa: litígios em Juizados Especiais Cíveis cujo valor da causa seja de até 20 salários mínimos, e proposição de *habeas corpus*.

são condenados por não apresentarem (aparentemente) as virtudes do intragrupo; e b) quando as virtudes do intragrupo se convertem em vícios do extragrupo, ou seja, quando os extragrupos também são condenados quando possuírem estas virtudes. Em Bourdieu, esta alquimia poderia ser pensada a partir da ideia de *efeito de nomeação*. Segundo o autor, o direito é a forma por excelência do poder simbólico de nomeação que cria as coisas nomeadas e, em particular, os grupos. Deste modo, o direito "confere a essas realidades surgidas das suas operações de classificação toda a permanência, a das coisas, que uma instituição histórica é capaz de conferir a instituições históricas" (idem, p. 237). Em decorrência, "só um nominalismo realista (ou firmado na realidade) permite explicar o efeito mágico da nomeação, ato de força simbólico que só é bem-sucedido porque está bem fundado na realidade" (idem, p. 239).

A alquimia moral que traduz as virtudes do intragrupo em vícios do extragrupo constitui um verdadeiro efeito de nomeação, em que os indivíduos do extragrupo são classificados a partir de critérios compartilhados pelo intragrupo. São sucumbentes, vencedores, partes, hipossuficientes, recorrentes ou agravados em função das regras de procedimento presentes no interior da dinâmica judicial. E a alquimia pode operar justamente quando os extragrupos são condenados por não apresentarem (aparentemente) as virtudes do intragrupo (ex.: conhecimento técnico, investidura em função judicante, etc.).

Mas a alquimia mais interessante, cabe ressaltar, é quando as virtudes do intragrupo se convertem em vícios do extragrupo, ou seja, quando os extragrupos também são condenados quando possuem estas virtudes. Vejamos um exemplo: é muito comum na prática jurídica o brocardo *dormientibus non sucurrit jus*, ou seja, o direito não socorre os que dormem. Trata-se de um brocardo dirigido aos membros do extragrupo, cuja exigência é o respeito dos prazos, a observância do tempo de arguição, e a diligência com o tempo. Esse brocardo é um vício atribuído ao extragrupo, pois caso não seja observado o tempo célere, as regras permitem que o intragrupo não julgue ou julgue improcedente. Porém, a exigência de celeridade não é a mesma no âmbito do intragrupo, que preza como virtude justamente o amadurecimento do processo. A dilação do tempo, na

dinâmica do intragrupo, é apresentada como uma virtude, e não como um vício. Própria do Estado de Direito, a dilação temporal permite o contraditório, a ampla defesa e o amadurecimento lento do processo judicial. Em suma, observa-se o exemplo em que a virtude do intragrupo (amadurecimento temporal) converte-se em vício do extragrupo (celeridade temporal).

Por fim, ainda cabe analisar o papel das instituições no âmbito das profecias que se cumprem por si mesmas. Segundo Merton, as instituições possuem papel decisivo na manutenção ou extinção de profecias, de modo que sua concretização esteja diretamente relacionada a dois fatores: a) ausência de mecanismos de controle institucionais; e b) adesão e reforço das profecias por parte das instituições. No caso específico do Judiciário brasileiro, de profecia assumida pelos atores sociais e políticos passou a ser uma das principais instituições que reforçam sua validade profética. Isto tem permitido o fortalecimento da instituição enquanto um intragrupo fortemente autônomo, cada vez menos submetido aos limites da separação dos poderes e cada vez independente das lógicas intrínsecas de funcionamento dos extragrupos. Na experiência brasileira, não foi a ausência de controles institucionais que permitiu o desenvolvimento da profecia, mas seu fortalecimento. Sobretudo a partir da criação do Conselho Nacional de Justiça, em 2004, a profecia judicial esteve ainda mais real. Trata-se de uma profecia que aponta para a densificação da endogenia judicial, cada vez menos porosa às influências dos extragrupos, exceto quando consentidas pelo próprio intragrupo e nos limites das regras do intragrupo.

O principal desafio, nesse contexto, diz respeito à incorporação da sociedade civil e à ampliação efetiva do círculo de intérpretes que compõem o intragrupo, com foco na participação democrática e efetivação de direitos.

Transformações do processo judicial contemporâneo

O objeto processo judicial tem passado por diversas transformações. O processo judicial espelha relações locais, nacionais e internacionais em que estão presentes indivíduos, instituições, Estados e organismos dos mais diversos e com uma distribuição de poder fortemente diferenciada. Portanto, a ampliação da integração entre indivíduos e

mercados, o fortalecimento dos meios virtuais de acesso à informação, a reestruturação das instituições nacionais e internacionais e os novos investimentos têm exigido a reconfiguração deste objeto.

A este respeito, Comaroff e Comaroff (2000) são ainda mais críticos quando salientam que os Estados-Nação têm sido situados como pouco relevantes pelas forças mundiais do mercado. Inclusive, os autores atribuem esta pouca relevância a três fatores: (1) o capital teria se tornado incontrolável e permanecido se movimentando sob sua própria velocidade para lugares de vantagem otimizada; (2) a força de trabalho global teria se tornado mais móvel na medida em que os indivíduos que procuram empregos, crescentemente gerenciados pelas agências privadas, migraram ainda mais na procura dos mais diversos trabalhos, mesmo submetidos a condições feudais; e (3) os fluxos humanos pareceriam, em várias proporções, ampliar a vigilância, apesar dos mecanismos altamente repressivos frequentemente utilizados para monitorar as fronteiras nacionais.

Tais fatores têm contribuído, na análise dos autores, para o progressivo enfraquecimento do Estado-Nação, a redução de sua soberania e de um conjunto comum de sinais e símbolos, dentre os quais o processo judicial se insere.

Considerando a ampliação da ingerência dos organismos internacionais nos Estados-Nação, a relativização das fronteiras entre o público e o privado e a própria necessidade de inserir o objeto processo judicial numa perspectiva globalizante, o direito brasileiro tem incorporado novas formas de pensá-lo e construí-lo. Neste sentido, têm sido implementadas alterações substanciais que buscam transformar não somente o que é o processo judicial atualmente, mas a própria cultura jurídica secular que se constituiu no Brasil por meio da *civil law*.

Exemplo disso é a modificação de processo judicial *físico* em processo judicial *virtual*. De fato, as mais importantes lições que aprendemos sobre como a Internet pode se desenvolver surgiram não do estudo do denominado *e-commerce*, mas sim da reflexão sobre os usos não comerciais da rede. No contexto atual do direito brasileiro, o processo judicial tem sido cada vez mais utilizado na modalidade

virtual, o que provoca alterações substanciais na simbologia e nos usos pragmáticos que os indivíduos realizam deste objeto.

Destaque-se que não se trata de uma mera opção do governo brasileiro em virtualizar o processo, ou uma preferência meramente institucional dos tribunais em transformar o processo físico em processo virtual. A virtualização do processo encontra-se inserida num contexto global mais amplo, que varia desde a necessidade de incorporação tecnológica no mundo do direito até a necessidade de economizar papéis com o objetivo de preservação ambiental. Inclusive, uma das principais pressões exercidas por investidores e instituições internacionais tem sido a simplificação do processo judicial, além de sua própria virtualização.

Um dos principais indicativos desta repercussão local, nacional e global do objeto processo judicial encontra-se presente no relatório *Making justice count: measuring and improving judicial reform in Brazil*, feito em 2004 pelo Banco Mundial. O relatório apresenta os resultados de um estudo do Banco Mundial sobre o ordenamento jurídico brasileiro e, dentre as principais conclusões, afirma que a performance judicial no Brasil possui origens complexas e repercussões diversas, sobretudo porque não há pesquisas que buscam sistematizar os dados presentes nos processos judiciais. O relatório salienta que o Brasil

> [...] está atualmente experimentando uma crise autodescrita, mas a maioria das discussões sobre os problemas associados (morosidade, congestionamento, custos, falta de acesso, corrupção), as suas causas e remédios está amplamente baseada em anedotas, desejos convencionais e opiniões de experts. A nossa pesquisa levanta dúvidas sobre algumas conclusões comuns e, especialmente, sobre a tendência de colocar a maioria da culpa nos juízes. A experiência em outros lugares sugere que as reformas baseadas no "o que pensamos que sabemos", o que os brasileiros chamam de "achismo", podem desperdiçar recursos e levar a resultados contraprodutivos. Então, uma primeira linha de investigação focou-se na determinação se os dados estatísticos poderiam conferir uma abordagem mais empírica e explorar as consequências do presente sem um viés não empírico (WORLD BANK, 2004, p. 2).

A pesquisa evidencia que o sistema judiciário brasileiro não apresenta métricas confiáveis e funda-se no "achismo" para o estabelecimento de estratégias. Segundo o relatório, este "achismo" seria obstáculo para a compreensão das mazelas do sistema judiciário brasileiro – incluindo-se nele, o processo judicial – e, mais ainda, para o estabelecimento de reformas estruturais.

Paradoxalmente, ao se utilizar de escassas e enviesadas estatísticas presentes sobre a justiça brasileira em 2004, a conclusão do relatório do Banco Mundial centrou-se no argumento de que não haveria como concluir nenhuma informação. Mais precisamente, a ausência de aplicação da estatística para compreender o direito brasileiro permite a imersão em uma série de dados complexos e contraditórios, de modo que não seria possível compreender efetiva e rigorosamente a performance do sistema brasileiro, exceto considerando o enviesado "achismo". Segundo o relatório,

> [...] como um todo (*ou seja, não somente as côrtes*) o sistema judicial brasileiro pode ser criticado por ser custoso para ser sustentado, ineficiente, moroso e pouco efetivo para resolver problemas fundamentais subjacentes aos conflitos que lhes são submetidos. Esses problemas variam de dificuldades no pagamento de custas judiciais a desestímulos ao melhoramento do serviço público e privado. O nível de produtividade do judiciário é incrivelmente alto, ele ampliou o acesso a novos usuários e auxilia muitos deles a aliviar suas reclamações, apesar de com atraso. Como os custos financeiros são dispersos, e os benefícios são mais concentrados, apesar de distribuídos, a relutância a questionar a sua estrutura básica é compreensível, especialmente considerando a identidade dos primeiros beneficiários – governo, juízes, advogados privados e os principais atores econômicos privados (WORLD BANK, 2004, p. 2).

Não é por acaso que o Conselho Nacional de Justiça – órgão criado no mesmo ano do relatório do Banco Mundial, em 2004 –, realizou diversos concursos públicos para o preenchimento de seu quadro de servidores. Porém, boa parte das vagas não foi destinada para juristas, sociólogos ou administradores, mas sim para estatísticos. O resultado deste processo foi o lançamento, desde 2008, de um relatório periódico denominado "Justiça em números", em que se

apresenta por meio de métodos estatísticos um "retrato" do Judiciário brasileiro. Neste mesmo contexto, criou-se o Prêmio Innovare, cujo objetivo consiste em identificar, premiar e divulgar práticas inovadoras das instituições jurídicas que tenham contribuído para a modernização dos serviços da Justiça.[7]

Portanto, a necessidade de transformação do processo judicial tornou-se premente por uma série de motivos, dentre os quais se destacam: necessidade de incorporação tecnológica no Judiciário brasileiro; problemas ambientais decorrentes da utilização de papel em demasia, sobretudo em países de tradição da *civil law*, que se baseiam no direito escrito; ausência de sistematização de dados sobre os processos judiciais no Brasil; ampliação da celeridade como condição para a ampliação dos investimentos financeiros no país; busca por uma nova configuração do Judiciário que consiga atender à demanda de ações judiciais cada vez mais crescente em função da judicialização da política e das relações sociais.

A virtualização do objeto processo judicial ensejou a sua ressignificação para contemplar, em alguma medida, as exigências acima descritas. Enquanto fenômeno social, o processo judicial mais uma vez se insere nas transformações das sociedades nos diversos níveis (local, nacional e global) e dimensões (econômica, social, política, ambiental, etc.).

Reflexamente, tais transformações, na medida em que dizem respeito às relações simbólicas, pragmáticas e sensoriais que os indivíduos estabelecem em sua relação com as coisas, passam a expressar novas formas de reificação e fetichismo. Mais precisamente, os diversos atores presentes no mundo do direito são situados em

[7] As práticas inscritas (premiadas e não premiadas) compõem o acervo presente no portal do prêmio, podendo ser consultadas gratuitamente por todos os interessados. Os interessados em concorrer preenchem um formulário eletrônico e apresentam suas práticas inovadoras com resultados comprovados. As práticas recebidas e obedientes ao regulamento do prêmio são visitadas por consultores especializados e, posteriormente, são analisadas e julgadas pelos membros da comissão julgadora. Deste modo, não são premiadas somente ideias ou sugestões para o aprimoramento da Justiça, mas sim práticas concretas em desenvolvimento no Brasil. As inscrições são avaliadas pela comissão com base nos seguintes critérios: eficiência, celeridade, qualidade, criatividade, praticidade, ineditismo, exportabilidade, satisfação do usuário, alcance social e abrangência territorial.

novos espaços que redesenham os contextos reificantes e fetichizantes: da sala de audiências somos transpostos ao *desktop* do computador; de sujeitos reificados em capas de processo, tornamo-nos sujeitos reificados no código binário e criptografado das assinaturas digitais. A virtualização das relações sociais – e do próprio direito – que é provocada por fatores ambientais, econômicos e políticos dos mais diversos, passa a assumir o sujeito sob outros pressupostos e em outros espaços – no caso, sem copresença.

De fato, a transformação do objeto processo judicial rumo à virtualização e aos parâmetros internacionais é substantiva. Afinal, o processo judicial reúne em suas dimensões constitutivas elementos simbólicos, culturais, políticos e jurídicos constituídos historicamente. Porém, as transformações atuais têm promovido alterações diversas no que este objeto pode representar para os indivíduos em suas relações sociais.

Primeiramente, a distinção do processo judicial pelas cores perde sentido. Inserido num ambiente *online* através do qual é disponibilizado por uma interface padronizada, a distinção dos processos judiciais pelas cores e adornos desaparece. Com esse desaparecimento, também observamos a vertiginosa redução das estantes que guardam processos físicos, pois agora são virtuais. Portanto, a relação que os indivíduos estabelecem com o processo judicial, de física, real, concreta, corpórea, passa a ser transcendente, imaginária, abstrata e incorpórea. Cores, formas geométricas, etiquetas e número de folhas cedem espaço para uma tela padronizada, em que são reproduzidas informações, por assim dizer, menos heterogeneamente simbólicas. Indo além, a dimensão pragmática pela primeira vez passa a se sobrepor à simbólica, na medida em que o processo virtual passa a apresentar outros atributos valorizados em função das transformações do capitalismo contemporâneo, tais como ampla divulgação e disponibilidade, desnecessidade de deslocamento físico das partes e maior possibilidade de acompanhamento processual.

Em segundo lugar, as transformações do processo contemporâneo, apesar de possibilitarem maior acompanhamento das partes, não implicam necessariamente copresença. Pelo contrário, a possibilidade de enviar petições, ingressar com ações, realizar audiências e propor

recursos no meio eletrônico produziu uma dissociação das partes em litígio. Por consequência, a reificação das partes – outrora em copresença – radicaliza-se num contexto em que não há interação face a face, isto é, em que as partes passam a litigar imaginariamente, seja com a outra parte, seja com o magistrado. O elemento a imprevisão, das expressões faciais, da linguagem corporal, que somente poderiam ser identificados num contexto de copresença, é substituído por um elemento cada vez mais fetichizado e, ao mesmo tempo, reificante: o *site* do tribunal.

Por fim, esta transformação ainda reconfigura as relações historicamente delineadas entre o cidadão e o Estado-Nação ao qual pertence, na medida em que estabelecem novos parâmetros para a efetivação de direitos e resolução de conflitos. A ausência de copresença, associada à possibilidade do indivíduo litigar sem qualquer interação face a face com a parte adversa ou o magistrado faz com que o processo judicial cada vez mais intensifique a reificação desses atores. Porém, isto não quer dizer que ocorra uma transformação relevante na cultura jurídica historicamente constituída no direito brasileiro: a *civil law*. A ênfase no direito escrito é reformulada nesse novo contexto, em que o escrito passa a ser virtualizado, ao passo que o papel perde sua função cultural. Portanto, o escrito passa a ser cada vez mais um dos principais elementos definidores do processo judicial, pois seus elementos sensórios e simbólicos – tais como cores e formas geométricas – perdem relevância. A virtualização mantém os atributos da *civil law*. O fetiche do processo e a reificação dos atores continuam sendo faces da mesma moeda.

Porém, apesar de reforçar a tradição, este objeto constituído na interface do local, nacional e global polemiza e, por vezes, reduz o papel do profeta-juiz na efetivação de direitos e resolução de conflitos. Num contexto sem interações face a face, em que o julgador não se encontra em copresença com as partes, o ato de julgar torna-se ainda mais solitário e pouco poroso à complexidade dos depoimentos pessoais, que podem se expressar por meio de gestos e linguagem corporal.

Por consequência, os atores passam a também valorizar outras estratégias de resolução de conflitos com copresença, que têm sido cada vez mais adotadas no Brasil, tais como arbitragem, mediação e

conciliação. A vida social passa a ser permeada por diversas estratégias extrajudiciais que buscam promover alternativas à estratégia judicial, que se encontra cada vez menos presentificada pelos atores sociais. Não é por acaso que, de todas as práticas das instituições jurídicas premiadas pelo Prêmio Innovare, somente algumas poucas foram desenvolvidas no interior de processos judiciais. O objeto processo virtual finda por dissociar uma relação historicamente constituída entre o direito escrito e o profeta revelador, pois se no primeiro caso reforça a escrita como elemento pragmático definidor do espaço virtual, no segundo caso reduz o potencial profético do magistrado em resolver conflitos e efetivar direitos. Temos profecias, mas os profetas passam a não ter cara e, em muitos casos, são destituídos simbolicamente de suas "túnicas" ou "cajados".

Considerações finais

De fato, observa-se o retorno das reflexões sobre objetos, coisas e materiais na teoria social contemporânea. Como visto, o processo judicial exprime relações sociais, e tais relações são mediadas por fatores morais, psicológicos, jurídicos, políticos, econômicos, religiosos, ritualísticos e, inclusive, internacionais. Este objeto possui a capacidade de produzir sensações, inspirações e esperanças, além de traduzir um mecanismo estatal e supraestatal de resolução de conflitos historicamente constituído na figura do magistrado. Deve ser admitido como *"actante"*, pois exprime a ideia de objeto-ação, que pode ser constantemente alterado, modificado e incorporado a partir das práticas dos atores numa dinâmica judicial.

O processo judicial funciona como um caleidoscópio que serve como ponto de convergência destas pluralidades num espaço comum, seja com atores internos ao processo (partes, advogados, juízes) ou externos (políticos, empresários). Portanto, este objeto define fronteiras entre o intragrupo e o extragrupo, sendo que um dos principais recursos simbólicos desta separação é a individuação do processo. Todo processo judicial possui uma capa que apresenta informações elementares, tais como o número do processo, o nome das partes, o nome dos advogados, o tipo de ação, ano de proposição, juízo encarregado de julgar, etc. O momento da individuação do objeto, em que passam a

constar as características definidoras dos atores internos (juízo, partes e advogados), representa a transformação da materialidade do *objeto capa* em *objeto processo judicial*, mas as transformações que se operam no processo contemporâneo por diversos motivos – econômicos, financeiros, ambientais, administrativos, sociais, etc. – têm produzido uma nova relação que os indivíduos estabelecem com este objeto. Se, por um lado, observa-se a intensificação da escrita como elemento pragmático definidor do espaço virtual, por outro lado, observa-se a redução do potencial profético do magistrado em resolver conflitos e efetivar direitos. Deste modo, enquanto fato social global total, o objeto processo judicial também é um *espetáculo*.

Guy Debord escreveu *A sociedade do espetáculo*, em 1967. Segundo Debord, a debilidade espiritual – tanto das esferas públicas quanto da privada – encontra-se relacionada a forças econômicas capitalistas que dominaram a Europa no final da 2ª Guerra Mundial. Mais precisamente, o autor salienta que alienação é mais do que uma mera descrição de emoções ou um elemento exclusivamente psicológico. A alienação é vista como a consequência do modo capitalista de organização social, que assume novas formas e conteúdos num processo dialético de separação e reificação dos indivíduos. Neste sentido, "o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens" (DEBORD, 1997, p. 14). Isto seria fundamental para compreender a ideia de alienação em Debord, sobretudo porque qualquer objeto espetacular é uma relação social mediada por imagens.

Seria ingênuo, entretanto, não pensar as relações de poder constitutivas do espetáculo. De fato, "[a] mais velha especialização social, a especialização do poder, encontra-se na raiz do espetáculo", ou seja, o espetáculo é "a representação diplomática da sociedade hierárquica diante de si mesma, na qual toda outra fala é banida. No caso, o mais moderno é também o mais arcaico" (DEBORD, 1997, p. 20). A separação entre intragrupo e extragrupo se opera no espetáculo, seja ele em interações face a face (processo físico), seja ele em interações imaginadas (processo virtual). Na medida em que "a separação é o alfa e o ômega do espetáculo" (p. 21), "a origem do espetáculo é a perda da unidade do mundo" (p. 23). Ou seja,

o espetáculo "nada mais é que a linguagem comum da separação. O que liga os espectadores é apenas uma ligação irresistível com o próprio centro que os mantém isolados. O espetáculo reúne o separado, mas o reúne como separado" (idem). No caso do processo judicial, a sua virtualização não foi necessariamente acompanhada de sua democratização, uma vez que os atores do intragrupo permaneceram como os únicos que poderiam efetivamente atuar no processo autonomamente. Juízes, membros do Ministério Público e advogados permaneceram como atores privilegiados na condução do processo. O espetáculo continuou com poucos protagonistas.

Debord (1997) ainda salienta que a alienação do espectador em favor do objeto contemplado (o que resulta de sua própria atividade inconsciente) se expressa assim: "quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo" (p. 24). Como visto, os sujeitos passam a ser pensados com o processo em termos de códigos definidos previamente, tais como autor, réu, recorrente ou representado. Ao ser enquadrado em classificações objetivas definidas pelo campo do direito e orientadas pela cultura jurídica própria do processo judicial, o indivíduo passa a ser visto como um ator dessubjetificado. Indo além, o processo judicial virtualizado permite pensar em novas imagens, que traduzem novas relações de poder, o que contribui para a alienação e reificação do indivíduo.

Mais precisamente, o objeto processo judicial físico tornara-se fetichizado, e um dos principais elementos que reforçaram este caráter foi a autoridade simbólica da figura do magistrado, que historicamente esteve associado ao objeto processo judicial. A construção do objeto processo judicial envolve uma série de rituais e formas de proceder, que remetem a gramaticalidades, cores, formas geométricas e ações que os indivíduos devem estabelecer em sociedade. O elemento a imprevisão, das expressões faciais, da linguagem corporal, que somente poderiam ser identificados num contexto de copresença, é substituído por um elemento cada vez mais fetichizado e, ao mesmo tempo, reificante: o *site* do tribunal. O *site* do tribunal passa a ser o *locus* de (re)produção desta alienação e, ao mesmo tempo, a fonte

das transformações do processo contemporâneo. A virtualização do ritual reduziu sua eficácia simbólica e, reflexamente, a autoridade simbólica do magistrado para resolver conflitos e efetivar direitos.

Enquanto espetáculo, o processo judicial virtualizado pode conferir espaço a novos atores, porém não no interior do processo judicial. Na medida em que a ausência de copresença reduz a autoridade simbólica do profeta-juiz, outros espaços têm sido ampliados e adotados pelos membros do extragrupo para resolverem seus conflitos, tais como arbitragem, mediação e conciliação. O circuito principal em que é exibido o espetáculo não afasta, tampouco impede o crescimento e fortalecimento do circuito alternativo, que no direito é chamado de *métodos alternativos de resolução de conflitos*.

Como visto, o fortalecimento do objeto processo físico não necessariamente esteve associado a um processo de incorporação da sociedade civil na esfera judicial, mas a um processo de delimitação de espaços e competências de atuação que se traduziu em regras para ingressar com ações judiciais. Porém, com a redução da autoridade simbólica do profeta-juiz e do próprio intragrupo, os membros do extragrupo passaram a intensificar e produzir seus próprios espetáculos. De elementos não proféticos essenciais para a manutenção, existência e funcionamento da profecia judicial, os membros do extragrupo passam a também compor novas profecias, agora não mais submetidos à seara judicial.

Portanto, em função da necessidade de incorporação tecnológica no Judiciário brasileiro, dos problemas ambientais decorrentes da utilização de papel em demasia, sobretudo em países de tradição da *civil law*, que se baseiam no direito escrito, da ausência de sistematização de dados sobre os processos judiciais no Brasil, da ampliação da celeridade como condição para a ampliação dos investimentos financeiros no país, da busca por uma nova configuração do Judiciário que consiga atender à demanda de ações judiciais cada vez mais crescente em função da judicialização da política e das relações sociais, o processo virtual ao mesmo tempo fomentou a juridicização dos conflitos, e não somente a judicialização. A ideia de juridicização diz respeito ao estabelecimento de novas dinâmicas de efetivação de direitos e

resolução de conflitos que não sejam centradas no processo judicial, mas nas formas institucionais e societárias extrajudiciais, apesar de ainda assim serem discutidas sob o ponto de vista do direito.

Inserido em diversas transformações locais, nacionais e globais, e incidindo em diversas dimensões da vida social (econômica, social, política), a virtualização do objeto processo judicial provocou alterações substantivas na forma através da qual os indivíduos efetivam seus direitos, nos referenciais dos atores capazes de resolver conflitos e na própria concepção historicamente constituída de que o Judiciário é uma profecia que se cumpre por si mesma, sobretudo em países de *civil law*. Os atores de bastidores, os coadjuvantes, podem ser também protagonistas do "teatro" do direito.

Referências

BADINTER, R. Introduction. In: BADINTER, R. Et al. *Les entretiens de Provence*: le juge dans la société contemporaine. Paris: Fayard, 2003.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

COLLINS, R. *Interaction ritual chains*. Princeton: Princeton University Press, 2004.

COMAROFF, J.; COMAROFF, J. Millennial Capitalism: First Thoughts on a Second Coming. *Public Culture*, v. 12, n. 2, p. 291-343, 2000.

DEBORD, G. *A sociedade do espetáculo*: comentários sobre a sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

GARAPON, A.; PAPADOPOULOS, I. *Julgar nos Estados Unidos e na França*: cultura jurídica francesa e Common Law em uma perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

HEBDIGE, D. *Hiding in the light*: on images and things. New York: Routledge, 1988.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacifico Ocidental*: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guine, Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1950.

MERTON, R. *Sociologia*: teoria e estrutura. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

MERRYMAN, J. H. A Tradição da Civil Law. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2007.

PELS, D.; HETHERINGTON, K.; VANDENBERGHE, F. The status of the object: performances, mediations and techniques. *Theory, Culture and Society*, v. 19, n. 5/6, p. 1-21, 2002.

VANDENBERGHE, F. Reification, History of the Concept. In: SMELSER, D.; BALTES, P. (Org.). *International Encyclopaedia of the Social and Behavioral Sciences.* Oxford: Pergamon Press, 2001.

WERNECK VIANNA, L. W. Apresentação. In: _____. (Org.). *Democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: EdUFMG, 2003.

WERNECK VIANNA, L. J. et al**.** *Corpo e alma da magistratura brasileira***.** Rio de Janeiro: IUPERJ, 1997.

WORLD BANK. *Making justice count:* measuring and improving judicial reform in Brazil. Washington, D.C., 2004.

PARTE II

Formação, redes e integralidade do cuidado: de que cultura estamos falando?

Trajetos e passagens de Manu: busca ou fuga do cuidado?[1]

Aisllan Diego de Assis
Martinho Silva

Introdução

A integralidade no cuidado em saúde e a integração do sistema e serviços de saúde são prescrição constitucional no país desde a década de 1980. A substituição do modelo asilar de assistência aos portadores de transtorno mental por uma rede de cuidados intersetorial tem base legal desde os anos 2000. No entanto, o atendimento a portadores de transtorno mental com comorbidades ainda é um desafio para os profissionais dessas redes e serviços, pois demandam a elaboração de projetos terapêuticos que rompam com o dilema corpo/mente e promovam cuidado numa perspectiva psicossocial e integral.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), comorbidade consiste na presença de doenças coexistentes ou adicionais com relação ao diagnóstico inicial ou com relação à doença índice que é o objetivo do estudo (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Em psiquiatria, o termo "comorbidade clínica" é utilizado para referir-se a doenças, diagnósticos e problemas mais genéricos presentes em portadores de transtorno mental, constituindo situações psicossociais complexas (GOMES, 2012).

---

[1] O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social/UERJ, tendo sido aprovado e o trabalho de campo autorizado. Aos interlocutores, disponibilizamos o TCLE, protocolo nº 16670113.7.0000.5260 (CEP/IMS/UERJ), com parecer nº 284.211, em 23/05/2013. Agradecimento especial ao LAPPIS/IMS, pelo apoio na realização e apresentação da pesquisa.

É notável a oscilação entre polos orgânicos e psíquicos como suposta origem dessa "dicotomia" do cuidado (clínico ou psiquiátrico, neurológico ou mental, físico ou psíquico). O desafio que se coloca é romper com essa visão linear para as ações de saúde e ofertar tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO et al., 2005), onde o cuidado ao sujeito incorpore vários "problemas" a serem superados, no qual a pessoa em sofrimento psíquico não possa ser reduzida a um conjunto de sintomas e causas (NASI et al., 2009).

Com o objetivo de compreender a busca por cuidado de uma pessoa com transtorno mental em situação de comorbidade, apresentaremos a seguir o itinerário terapêutico de uma usuária da rede de atenção em saúde do município do Rio de Janeiro-RJ. Os padrões de procura de auxílio ou cura podem ser delineados, reconstruídos e analisados por diferentes tipos de entendimentos sócio-antropologicamente situados e narrados (ALVES, 1993). Além disso, entendemos que é o usuário que detém a história de seu processo de adoecimento e busca por cuidado junto aos serviços de saúde. Assim, as narrativas, trajetórias e buscas das pessoas trazem direções para integralidade do cuidado na atenção à saúde, inclusive quando suas buscas por cuidado se convertem numa fuga do cuidado.

Percurso teórico-metodológico

O estudo de Biehl (2005) pode ser considerado um itinerário terapêutico de uma pessoa portadora de transtorno mental em situação de comorbidade, já que sua principal interlocutora durante o trabalho de campo entre os anos de 1997 e 2003 no Estado do Rio Grande do Sul foi internada várias vezes em hospitais psiquiátricos e apresentava dificuldades de locomoção por conta de uma síndrome degenerativa chamada Machado-Joseph. Embora seu estudo sobre morte social e vida farmacêutica seja muito mais abrangente do que a investigação acerca de cuidado, comorbidade e cidade a partir da qual esse artigo foi escrito (ASSIS, 2014), entre os meses de julho e dezembro de 2013, algumas semelhanças na metodologia e nos resultados obtidos devem ser ressaltadas, entre elas: em ambos os estudos, uma pessoa internada em instituição asilar é a principal interlocutora, sendo que os profissionais e familiares envolvidos no cuidado também foram

entrevistados, do mesmo modo como nos dois estudos as conversas com essa interlocutora e as descrições dessas situações de interação ganharam relevo ao longo do trabalho de campo, prontuários médicos e outros registros também tendo sido consultados.

Além disso, Biehl (2005) mostra como a autodesignada Katkina – uma fusão de seu nome próprio com o remédio de que faz uso – era considerada "ruim" pela família, "esquizofrênica" pelos médicos e membro da "sociedade dos corpos" por si própria em seus escritos, sendo que Manu – nome fictício, como todos os demais utilizados no texto, no sentido de proteger suas identidades – também era considerada "má" pelos parentes e foi diagnosticada com o transtorno "esquizofrenia paranoide" durante uma de suas internações, muito embora sua autodesignação não tivesse relação com os fármacos de que fazia uso, e sim com um apelido, uma contração de seu nome de batismo, o feminino do nome do pai: Manuela, de Manuel, Manu.

Como Biehl (2005), reconhecemos a importância de não localizar exclusivamente no estabelecimento asilar e nas relações médico-paciente o lugar e o momento crucial de produção de vidas marcadas pelo abandono, como é o caso de Manu, uma pessoa em situação de rua com algumas passagens por hospitais psiquiátricos e abrigos, vista como "maloqueira" e "bêbada" pelos parentes, temida pelos profissionais não exatamente por conta do estatuto de periculosidade da pessoa com transtorno mental, e sim pela potencialidade de contágio de uma "portadora de Hansen". Assim, o itinerário terapêutico de Manu foi construído ao longo de seis meses de acompanhamento dela dentro e fora de hospitais, casas, policlínicas e unidades básicas de saúde, pelas ruas da cidade inclusive.

Os itinerários terapêuticos são desenhos que possibilitam conhecer e reconhecer na trajetória de vida das pessoas percursos feitos em situação ou momentos de adoecimento. Possibilitam a expressão de uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções acerca da saúde, da doença, da vida e da morte (GERHARDT, 2006).

O desenho das buscas por cuidado de Manu, que ajudou na composição de seu itinerário terapêutico, nos possibilitou problematizar o que seja integralidade do cuidado à pessoa. Ao reconstruí-lo, a

partir do desenho de seus trajetos e passagens (DELEUZE, 1997) pela rede de cuidados, percebemos que, nessa busca por solução de "problemas" de saúde não apenas serviços de saúde são acessados, mas também são tecidas redes de apoio, formal ou informal, familiar ou de amizades, laica ou religiosa, à medida que os serviços de saúde ofereciam ou não respostas a elas. A reconstrução do itinerário terapêutico visibiliza, segundo Bellato et al. (2009), a forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida dessas pessoas, respondendo ou não aos princípios da Integralidade e da Resolutividade da atenção em saúde.

Viver e narrar (DALMOLIM, 2006), seguir e acompanhar foram modos de buscar compreender o itinerário terapêutico de Manu e contar um pouco de sua história.

Trajetos e passagens de Manu pela rede de cuidados

Para descrever e discutir o itinerário terapêutico dessa mulher, mãe e moradora da rua de uma família cindida pelas adesões religiosas, dividimo-lo em dois movimentos: da rua à casa, passando por um centro de referência especializado e um hospital psiquiátrico no centro da cidade; e da casa à rua, transitando por uma policlínica e uma clínica da família próxima ao bairro de residência na zona norte da cidade.

O itinerário terapêutico de Manu mostra que ela recebeu atendimento em três esferas de complexidade do SUS. No hospital psiquiátrico, serviço de alta complexidade especializado no atendimento em saúde mental, ela passou de "caso clínico" a um "caso social" quando nomeada de "abandonada" pela família. Foi atendida numa policlínica que se configura como um serviço intermediário que oferta atendimentos em várias especialidades profissionais da saúde, onde recebeu atendimento especializado em terapia ocupacional para reabilitação motora das mãos. E na Clínica da Família (serviço de atenção básica da cidade), onde iniciou o tratamento para a hanseníase foi acompanhada pela equipe como um "caso complexo" que envolvia conflitos familiares que convocava um atendimento especializado, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Vale lembrar que Silva (2013) considera as contribuições das ciências sociais para a compreensão da assistência psiquiátrica que destacam a passagem de pessoa a paciente como crucial na carreira moral do doente mental, bem como de paciente a caso. Assim, entre casos, causos e causas, portar transtornos mentais é tão relevante no manejo da identidade social estigmatizada quanto portar sobrenomes e apelidos. Manu pode ser considerada, deste modo, um causo em sua comunidade de origem que se torna paciente de um hospital e posteriormente caso em discussão em uma equipe.

O itinerário terapêutico mostra uma intersecção entre dois sistemas de proteção social, o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essa ligação se deu a partir de "parcerias" por meio das quais se forma a "rede" de atendimento a pessoas que habitam as ruas do centro da cidade. As "parcerias" são as ligações entre os profissionais, entre os serviços de saúde e assistência social. Já os "encaminhamentos" são documentos que medeiam a referência, a direção das pessoas no sistema de saúde. Estes estão embasados nos diagnósticos médicos que direcionam as pessoas a buscar atendimentos nos serviços de saúde. No caso de Manu, em serviços também especializados, uma policlínica e um centro de tratamento da dependência química.

Esses trajetos do itinerário terapêutico revelam a lógica que os profissionais seguem ao acionar a "rede" e "parcerias" no cuidado aos usuários. A clínica da família, que se configura como serviço estratégico para atenção à saúde foi preterida pelos profissionais do hospital psiquiátrico e só recebeu o "caso" quando a policlínica redireciona a referência expressa no "encaminhamento". Essa sequência parece estar na contramão das ordenações do sistema, porém revela a preocupação dos profissionais com um "caso" que demanda um trabalho especializado que na atenção básica, na clínica da família, "tudo seria mais difícil".

As passagens que Manu fez durante os trajetos que seguia revelam alguns compromissos do cuidado na "rede" que a cuidava. Como "moradora de rua" e "albergada" ela não recebeu atendimento no hospital geral quando passou a uma "emergência médica". Foi

necessário que passasse a uma interna do hospital psiquiátrico, um "caso clínico" num serviço especializado em saúde mental, para que recebesse os cuidados urgentes à sua saúde.

Seus trajetos são os meios entre duas pontas: saúde-doença, físico-moral, mente-corpo, vontade-força. Entre um ponto e outro, passa-se como numa dialética ilustrada. Da rua ao hospital a passagem é do recolhimento e da doença; do hospital à casa a passagem é pela culpa e pela libertação, e num último trajeto, a rua reaparece como "liberdade" e amizade. Essas ambivalências pareceram traduzir a ligação que há entre os trajetos de Manu e suas passagens pela rede que lhe oferecia cuidado.

Na internação psiquiátrica passou de "caso clínico" a um "caso social" quando foi nomeada por "abandonada" pela família. Devido à compulsória necessidade de ser devolvida a família, Manu passou a um "caso de abandono", mesmo que suas histórias contavam uma trama parental onde fuga e abandono eram alegorias de um afastamento do parentesco.

No hospital psiquiátrico, Manu foi *psiquiatrizada* e com esses diagnósticos segue com sua irmã em busca de tratamento para a hanseníase e também às igrejas evangélicas onde poderia ser "libertada". Diagnosticada com esquizofrenia paranoide quando de seu encaminhamento para a rede de atenção em saúde que trataria da hanseníase e do alcoolismo, ou seja, justo no momento em que foi reapresentada aos serviços da rede de saúde.

De volta à casa da família, seus parentes, filiados a igrejas evangélicas, afirmavam que Manu precisava ser "libertada", assim o alcoolismo não era considerado uma doença, mas uma "possessão demoníaca" que teria seu fim com a "conversão". Para eles, Manu poderia "tornar-se outra pessoa" liberta e salva de todos os males. A casa era o lugar onde a família vivia e onde Manu recebia "tudo" de que precisava. Era de onde partiam para a igreja e também onde realizavam seus rituais religiosos; onde compartilhavam as dificuldades da vida e tentavam numa relação conflituoso e cheia de regras cuidar de Manu. O cuidado da família combinava tudo na imagem da casa: lugar fechado, quente, isolado e apertado. As saídas eram à igreja, no

templo o cuidado continuava, só que atravessado pela "disciplina" e "as vontades de Deus".

O itinerário terapêutico que Manu seguiu a levou para outro lugar fechado, a casa da família. Os horários e regras não eram os mesmos da internação psiquiátrica. Agora a hierarquia e a obediência que deveria respeitar eram de outra ordem. Combinava religião e as regras de uma convivência familiar. O cuidado que recebia era uma mistura de orações, idas à igreja, medicamentos e uma constante vigilância. Misturava uma constante culpabilização e responsabilização pelos erros cometidos e também a submissão ao processo de "libertação". O tratamento religioso e o cuidado da família se mostravam num trajeto do itinerário que Manu recusou mais uma vez. Tal qual na internação psiquiátrica, ela falava que não queria mais esse lugar, queria ir para ruas, "andar livremente".

O acesso à clínica da família foi facilitado quando uma das parentes de Manu mencionou hanseníase à equipe, no mesmo dia em que tinha sido dificultado quando Manu foi considerada "da psiquiatria", ou seja, mais uma vez ser considerado paciente psiquiátrico era um empecilho para ser recebido nos serviços que formavam a rede de saúde e não exclusivamente de saúde mental. Entretanto, quando o foco era no tratamento da comorbidade e não do transtorno mental, tanto a policlínica quanto a clínica da família acolheram e acompanharam Manu, embora a intensificação de conflitos entre a usuária e seus parentes tenha apontando para problemas que nem mesmo a colaboração do NASF veio ajudar.

De volta ao hospital psiquiátrico, o reencontro entre profissionais, Manu e família colocou em cena a noção de "crise". Os profissionais pareceram seguir a noção biomédica segundo a qual a crise está ligada a uma emergência, um risco eminente para si e para outros. Dessa forma, o momento em que se dá atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação em que, por um lado, o sujeito que está por se mostrar já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento; e por outro, o serviço equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer,

oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sintoma (DELL'ÁCQUA; MEZZINA,1988, p. 54). Sem estar "em crise", conforme a avaliação dos profissionais do hospital psiquiátrico, Manu simplifica seu pedido: "Quero ser internada!", uma forma de expressar sua necessidade de afastamento da família que por sua vez também não a queria mais na casa. Acolher o pedido de Manu e atender a sua "crise" esteve condicionado à emergência de sintomas e risco, por isso ela não poderia ser internada e deveria "ter calma e paciência" para continuar convivendo com a família.

Manu voltou às ruas acompanhada dos amigos dias depois do último encontro. Fugiu do itinerário terapêutico que seguia e da família. Mais uma vez desviou-se, passou a outro caminho. Com os "maloqueiros" seguiu para sua "liberdade".

Desde o momento em que fora recolhida das ruas até aquele em que desaparece nas mesmas proximidades, Manu seguiu um itinerário terapêutico complexo marcado por buscas, fugas, retornos e afastamentos. O emaranhado de ações e agentes combinados em sistemas de prática e simbolismo formou uma rede, uma teia, que tentava sustentar o cuidado que se julgava necessário a Manu. As metáforas do cuidado (BONET; TAVARES, 2007) se somavam ou se trocavam nos encontros e nas tomadas de decisão, onde os agentes, inclusive Manu, pactuavam seus acordos e assim seguiam criando e sustentando a rede de cuidados.

Considerações finais

Em todos esses trajetos e passagens "seu maior problema" o "vicio de bebida forte" foi expresso por Manu inúmeras vezes. Confessando a vontade quase incontrolável que tinha de beber "bebida que embriaga", ela dizia "sofrer de maus-tratos". A única ação de saúde que focou em "seu maior problema" foi a elaboração de um "encaminhamento" a um serviço especializado para o tratamento de dependência química. Esse serviço nunca foi buscado pela família e por conseguinte também por Manu. A família afirmava que ela precisava ser "liberta", assim o alcoolismo não era considerado uma doença, mas uma "possessão demoníaca" que teria seu fim com a "conversão". Os profissionais de

saúde, por sua vez, focavam no tratamento da hanseníase, no processo reabilitador e já nos últimos trajetos de seu itinerário terapêutico buscaram um serviço especializado para ajudá-la. Mesmo assim, à vista estavam os conflitos familiares e o possível afastamento com seu retorno às ruas. Nesse ponto contrastam as palavras de Cecílio (2006, p. 116) "a demanda é o pedido explícito, a tradução das necessidades mais complexas do usuário" com as ações de cuidado e atenção à saúde de Manu.

O "vício" e o "alívio" que expressavam a dupla vinculação de Manu à bebida alcoólica, que em parte explicam sua opção pela vida nas ruas e também as relações de amizade, não foram pauta dos atendimentos da policlínica e na clínica da família. Eles foram expressos, mas o foco era a doença que amedrontava e atrofiava suas mãos.

O acolhimento e o acesso aos serviços de saúde estiveram condicionados a duas normatizações: a comprovação de endereço, onde se poderia provar que se mora na "área" de adstrição da policlínica; na clínica da família a obrigatoriedade do "cadastramento" parecia encerrar a possibilidade do atendimento. Na policlínica, o comprovante de endereço colocou Manu e a família numa sequência de atendimentos marcados pelo descompromisso, num trajeto interno ao prédio onde os profissionais passavam de porta a porta até que chegaram ao fundo, onde, já desanimados, foram atendidos. Na clínica da família, o guichê intitulado de "acolhimento" formava o balcão onde os usuários "cadastrados" eram recebidos. Entre o acesso aos serviços de saúde e os balcões de atendimento, o acolhimento se configurou mais como uma postura presa às normatizações da "regionalização" e do "cadastro" que ao "tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo" (PINHEIRO et al., 2005).

O conceito de rede implica um processo de construção permanente tanto individual, quanto coletivo. É um sistema aberto, que através do intercâmbio dinâmico entre seus integrantes, e de seus integrantes com outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem. As redes sociais são de extrema importância para todos; elas proporcionam a organização da identidade através do olhar e das ações de outras pessoas. A rede de relações que oferece suporte a

uma pessoa na sociedade não se restringe à família, mas inclui todos os vínculos interpessoais significativos do sujeito: amigos, relações de trabalho, na comunidade, na rua inclusive (MELMAN, 2006).

A última passagem que Manu faz em direção à rua, ao espaço que elegeu para viver e reencontrar os amigos, "os maloqueiros", parece mostrar claramente a extensão que a rede de cuidados em saúde deve buscar. Fugindo da família e da casa, dos tratamentos, remédios e consultas Manu desenha no mapa de seus trajetos um caminho novo onde o cuidado pode ser oferecido numa nova estratégia do sistema, a exemplo dos consultórios de rua, onde as ruas da cidade e as amizades podem ser tomadas como elementos novos e centrais para as práticas de saúde. As amizades podem ser, assim, abarcadas no cuidado possível nas ruas da cidade.

Viver e narrar o itinerário terapêutico de Manu possibilitou a compreensão de que se pode continuar oferecendo cuidado em outros lugares, em territórios escolhidos para "viver livremente". Nota-se que seus trajetos e passagens pela cidade, família e serviços de saúde repercutiram em seu cotidiano de forma que sua busca por cuidado se converteu numa fuga do cuidado.

Quando iniciamos a pesquisa interessados pelas buscas por cuidado, acabamos por nos deparar com situações e encontros que constroem caminhos talvez ainda não considerados: a fuga do cuidado é também um modo de seguir pela vida, desviando dos caminhos que não se quer percorrer e fugindo para as relações que se quer manter, de amizade mais do que de parentesco, do "viver livremente" mais que tratamentos médicos ou religiosos. Mesmo desaparecida nas ruas do centro da cidade, Manu segue em suas buscas, às vezes fugindo, e esperamos que encontre o cuidado de que precisa.

Referências

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993.

ASSIS, A. D. de. *"Viver livremente":* trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. 2014. 204f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:* abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 187-194.

BIEHL, J. G. *Vita*: life in a zone of abandonment. Photographs by Torben Eskerod. London: University of California Press, 2005.

BONET, O. A. R.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões Públicas para a Integralidade em saúde:* o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007, p. 263-277.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como Conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In*:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed., Rio Janeiro: Cepesc, 2006, p. 113-125.

DALMOLIM, B. *A esperança equilibrista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GOMES, F. A. (Org.). *Comorbidades clínicas e psiquiatria*. São Paulo: Atheneu, 2012.

MELMAN, J. *Família e doença mental*: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2006.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 147-152, 2009.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. de F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, v. 31, n. 2, jun. 2010.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 11-32.

SILVA, M. B. B. e. De paciente a causo: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica. *Cienc Saude Colet*. Rio de Janeiro, v. 20, p. 353-362, dez. 2013.

Análise da integralidade na formação dos médicos, enfermeiros e dentistas da Universidade Federal da Paraíba

Renata Newman Leite Cardoso dos Santos
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Ulisses Umbelino dos Anjos
Danyelle Nóbrega de Farias

Introdução

A Constituição Federal, em seu artigo 200, prevê que é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos da área da saúde, assim como o incremento na área de atuação, no desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Isso se dá porque a formação de profissionais precisa atender às demandas de saúde da população de acordo com o sistema de saúde vigente no país, sendo necessária, também, a integração ensino-serviço. No decorrer dos anos, várias estratégias de operacionalização foram implantadas, com o intuito de contribuir com o remodelamento do sistema de saúde, dando ênfase à atenção integral, como preconizado nos princípios e diretrizes do SUS.

Visando à melhoria na qualidade do serviço, a Lei nº 8.080/90 reconhece os serviços públicos que integram o sistema como campo de prática para o ensino e a pesquisa em saúde, articulando os interesses das instituições de ensino superior e do SUS (BRASIL, 1990). Grandes discussões vêm perpassando a formação dos profissionais de saúde que atuam neste sistema ao longo dos anos. Entretanto, apesar de avanços pontuais, a formação profissional ainda está aquém do desejado para atuar na atenção integral à saúde do cidadão.

A visão do profissional centrado no paradigma biomédico predominou em relação à visão ampliada de saúde durante muitos anos, e ainda nos dias atuais ocupa espaço importante na formação

e no trabalho em saúde. O desafio atual das instituições de ensino superior é formar profissionais mais humanistas, capazes de trabalhar em equipe e voltados para a integralidade da atenção à saúde, características indispensáveis para atuar no SUS. Faz-se necessário que esses profissionais dominem novas habilidades, nas quais estejam contemplados conteúdos relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando a realidade epidemiológica e profissional e conduzindo para práticas integrais no cuidado à saúde do cidadão (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

A integralidade é posta como um dos pilares da reorientação da atenção à saúde, tornando-se imprescindível sua incorporação às práticas de saúde. É definida pela Lei nº 8.080/90 como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1988). Entretanto, "integralidade" é um termo polissêmico, podendo ser entendida como atenção nos três níveis de complexidade de assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral do indivíduo (SILVA; RAMOS, 2010).

Para adequar a formação dos profissionais à realidade do sistema de saúde vigente, foram instituídas, a partir de 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na saúde, proporcionando mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos (PPC). As DCNs apontam para a formação de profissionais numa perspectiva "generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001a, p. 1)", com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002), como estabelecido pelo SUS. Entretanto, na prática ainda são incipientes os resultados que comprovam essas mudanças.

No âmbito profissional, buscando o reordenamento da atuação e da atenção do sistema de saúde brasileiro, foi instituído pelo SUS, desde 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente,

denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Compreendida como porta de entrada dos usuários ao sistema e promotora da articulação do sistema nos três níveis de atenção, a ESF mostra-se como um importante e privilegiado local de atuação integral à saúde do indivíduo e da coletividade (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

Considerando o exposto, objetiva-se neste estudo, verificar se os cursos de graduação de Medicina, Enfermagem e Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), representando as profissões que compõem a equipe mínima da ESF, estão formando profissionais para atuar no SUS na perspectiva da integralidade.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, exploratório, descritivo e inferencial, com abordagens qualitativa e quantitativa. Na presente investigação, as análises qualitativa e quantitativa foram utilizadas numa perspectiva de complementaridade, pois à medida que a primeira se aprofunda na temática estudada, a segunda permite aumentar a abrangência do universo pesquisado, colaborando para maior compreensão do tema.

Os sujeitos do estudo foram os estudantes de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia da UFPB, que no período da coleta de dados estavam matriculados no último ano do respectivo curso. Foram excluídos os transferidos de outras instituições de ensino superior e aqueles que tinham concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde.

Para coleta dos dados a serem submetidos à análise qualitativa, foram sorteados aleatoriamente entre 10 e 12 estudantes de cada curso pesquisado; os dados a serem tratados por meio da análise quantitativa tiveram como população estudada todos os alunos matriculados no último ano dos cursos de graduação pesquisados e que não se enquadravam nos critérios de exclusão.

A primeira etapa da pesquisa ocorreu mediante a realização da técnica do grupo focal, que consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, objetivando colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos; a problematização sobre

o tema estudado representa a característica marcante desta técnica (BACKES et al., 2011). Foi realizado um grupo focal por curso de graduação, totalizando três grupos, para apreender dos discentes seus posicionamentos acerca da formação acadêmica quanto à atuação prática na perspectiva da integralidade. As falas dos participantes foram gravadas e transcritas integralmente para viabilizar a análise.

Em um segundo momento, os estudantes responderam ao questionário de pesquisa, composto por duas partes: a primeira contendo questões sobre o perfil sociodemográfico e estudantil; e a segunda, composta por oito assertivas sobre o preparo prático para a integralidade. Os estudantes assinalaram a frequência que praticaram ações integrais durante sua formação acadêmica, partindo de 0 – nunca a 10 – sempre.

O valor obtido na dimensão foi calculado pelo escore médio, onde é somado o valor assinalado em cada assertiva da dimensão e dividi-se pelo número de assertivas da referida dimensão.

Quadro 1: Classificação dos valores obtidos nos Questionários de Avaliação da Formação para a Integralidade. João Pessoa, 2013

VALOR OBTIDO	CLASSIFICAÇÃO
[0,00 – 3,33]	Baixa/Pouca/fraca/Ruim
[3,33 – 6,66]	Média/Mediana
[6,66 – 10,00]	Alta/Muita/Forte/Boa

A análise qualitativa dos dados ocorreu com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Idealizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), essa técnica consolidou-se no final dos anos de 1990. Consiste em analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos, artigos, cartas ou *papers*, as Ideias Centrais (IC) e Ancoragens (AC) e suas correspondentes Expressões Chave (ECH). Com as ECH, IC/AC semelhantes, compõe-se um ou vários discursos-síntese, redigidos na primeira pessoa do singular ou plural, representando a fala de um eu coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Para análise quantitativa, os dados coletados através do questionário de pesquisa foram inicialmente tabulados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel* 2007) e posteriormente transferidos para um pacote estatístico (*software* R, versão i386 2.15.1). Realizou-se a análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis do perfil estudantil e média ± desvio-padrão da média do escore obtido no questionário de integralidade.

O projeto foi submetido a avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, tendo sido aprovado com o Protocolo nº. 0224/13. Os estudantes participantes assinaram um termo de consentimento autorizando a realização e a publicação do estudo, sendo respeitada a autonomia e garantido o anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade, como rege a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Os sujeitos da pesquisa

Participaram 155 estudantes, sendo 61 do curso de Medicina, 42 de Enfermagem e 52 de Odontologia. A idade dos alunos variou entre 21 e 36 anos, com média de 24,2 ± 2,3 anos.

Quanto à variável sexo, verificou-se predominância do sexo feminino na amostra geral, com 62,6%. Entretanto, no curso de Medicina, a maior prevalência encontrada foi do sexo masculino (63,9%) em relação ao sexo feminino (36,1%), como apresentado na tabela 1. Esses resultados refletem a realidade encontrada no Enade 2004, segundo o qual os cursos da área da saúde apresentam maioria dos estudantes do sexo feminino, evidenciando uma feminização dessas profissões, enquanto que, no curso de Medicina, observa-se maior prevalência do sexo masculino (HADDAD et al., 2006).

Em relação à variável cor/raça, a maioria dos estudantes declarou ser branco com 48,4%, seguidos pelos que declararam cor/raça parda, com 40,0%. No tocante à renda familiar, a maioria da amostra (69,7%) afirmou ter renda de cinco salários mínimos ou mais. E quanto à participação em projetos de extensão, 84,5% da amostra afirmaram participar de algum projeto.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e estudantil da amostra. João Pessoa, 2013

VARIÁVEL	MEDICINA (n=61)	ENFERMAGEM (n=42)	ODONTOLOGIA (n=52)	TOTAL (n=155)
SEXO	%	%	%	**%**
Masculino	63,9	7,1	30,8	37,4
Feminino	36,1	92,9	69,2	62,6
COR/RAÇA				
Branca	60,7	35,7	44,2	48,4
Preta	3,3	9,5	5,8	5,8
Amarela	4,9	4,8	5,8	5,2
Parda	31,1	50,0	42,3	40,0
Indígena	-	-	1,9	0,6
RENDA FAMILIAR				
< 1 SM	1,6	-	1,9	1,3
1 – 2 SM	1,6	21,4	7,7	9,0
3 – 4 SM	4,9	42,9	19,2	20,0
≥ 5 SM	91,8	35,7	71,2	69,7
PARTICIPA PROJ. EXTENSÃO				
Sim	86,9	83,3	82,7	84,5
Não	13,1	16,7	17,3	15,5

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2013. SM = salário mínimo.

A prática da integralidade

A prática da integralidade foi vivenciada de formas diferentes pelos estudantes de Medicina participantes do grupo focal. Duas Ideias Centrais (IC) contrárias foram formadas quando se questionou: "Em qual (quais) momento(s) a integralidade foi vivenciada na sua formação acadêmica?" IC – "Nas disciplinas teóricas do primeiro período e nos estágios da atenção básica"; IC – "Nos estágios da

atenção secundária e terciária". Os DSCs seguintes revelam que as práticas para a integralidade baseiam-se em ações pontuais e não representam uma formação que tenha como foco a integralidade na atenção à saúde de forma transversal em todo percurso acadêmico, sendo impossível desenvolvê-la em todos os espaços e cenários de ensino-aprendizagem.

> Desde o começo da nossa formação, no campo da saúde coletiva, em estágios no PSF, nas visitas familiares; como também nas aulas teóricas do primeiro período... Já no hospital você não aplica esses conceitos não (DSC).

> No curso de Medicina a gente vê mais isso no hospital, na parte das enfermarias... essa visão de integralidade foi mais intensa nas atenções secundária e terciária, apesar do ideal ser começar na primária (DSC).

Os discursos mostram vivências diferentes quanto à integralidade para os participantes deste grupo focal. Enquanto que, para alguns, a integralidade foi vivenciada na atenção básica e negligenciada na atenção secundária e terciária, para outros discentes, a integralidade foi praticada nos níveis secundário e terciário, em detrimento da atenção básica. Este fato nos remete à ideia de que, neste curso de graduação, a formação não tem como foco a integralidade na atenção à saúde do usuário do sistema, ficando as práticas integrais a cargo de docentes que têm esta visão de atenção à saúde. Desta forma, os alunos que têm contato com tais profissionais conseguem assimilar e vivenciar a integralidade.

Outro destaque nos discursos apresentados é o fato de alguns estudantes avaliarem a atenção terciária com maior capacidade de praticar a integralidade, em detrimento da atenção básica. Nogueira e Guedes (2013) compreendem que a atenção hospitalar é um cenário que privilegia o olhar sobre o corpo, fragmentando-o em especialidades, desconsiderando os aspectos psíquicos, culturais e sociais dos sujeitos. Considerando-se que o olhar integral sobre o sujeito hospitalizado se torna muito mais difícil em face do distanciamento da sua realidade de vida, que as ações nesses serviços têm um enfoque extremamente curativo e que a interação com os demais níveis de atenção do sistema

é precária, questiona-se a afirmação desses estudantes em relação a terem vivenciado a integralidade no ambiente hospitalar mais do que na atenção básica. Suscita, ainda, o questionamento acerca da concepção de integralidade que norteia tal afirmação.

Na dimensão Preparo Prático do questionário, os estudantes classificam sua formação prática como boa (7,31 ± 1,50) para a integralidade na atenção à saúde. Como foi mencionado acima, para os estudantes que participaram do grupo focal, a prática integral ora estava nas ações hospitalares, ora estava atrelada às práticas na atenção básica; entretanto, essa prática não é visualizada pelos mesmos estudantes nos diferentes cenários de práticas que eles têm contato.

Costa et al. (2012) avaliam que as escolas médicas que não têm como princípio, em seus projetos político-pedagógicos, método ou estratégia de ensino, o campo do cuidado em saúde e a centralidade do usuário junto a seu processo avaliativo, são vistas como escolas que têm baixo poder em alterar a hegemonia da atual organização do trabalho educacional em saúde e do modelo de saúde tradicional. Espera-se que as escolas de formação médica – e das demais graduações em saúde – tenham currículos que objetivem superar os modelos tradicionais de formação, que integrem as unidades produtoras de cuidado e seus contextos socioculturais, possibilitando o envolvimento com a realidade onde o serviço está inserindo, tornando-se, assim, escolas com formação mais integral. No curso de Medicina avaliado, o currículo é integrado, mas ainda são evidentes lacunas na formação quanto à integralidade.

Para os estudantes de Enfermagem, a integralidade foi vivenciada "Nas disciplinas teóricas, nos estágios da atenção básica e nos projetos de extensão" (IC) e "Nos estágios da atenção terciária" (IC). Os DSCs a seguir revelam como se dão as vivências para a integralidade neste curso de graduação.

> Desde o primeiro período que a gente vem tendo as disciplinas da Saúde Coletiva que se fala em integralidade; a Universidade nos dá muita oportunidade de colocar em prática essa integralidade a partir dos projetos de extensão que nos colocam realmente em contato com o paciente, com a família e com a comunidade. Os

> estágios na atenção básica também favorecem que a gente possa ter esse contato com a comunidade, saber as necessidades, a gente pode visualizar de maneira geral esse contexto na atenção básica (DSC).
>
> Quando é nos estágios hospitalares a gente consegue trazer um pouco dessa integralidade, isso está sendo inserido faz pouco tempo, essa visão holística do paciente; e mesmo as professoras que são voltadas para a área hospitalar hoje elas falam muito a questão de ver o indivíduo, da humanização, então acho que mesmo na área hospitalar a gente consegue... (DSC).

Os dois discursos mostram que a integralidade está sendo vivenciada na atenção básica e terciária, como também nos projetos de extensão para os participantes deste grupo focal; entretanto, os discursos acima remetem à ideia de integralidade apenas como visão integral do ser humano. Constata-se também a importância dos projetos de extensão como meio para aproximar os discentes das práticas de saúde integrais.

Na dimensão Preparo Prático, os estudantes de Enfermagem foram classificados como tendo um bom preparo (7,94 ± 1,02), complementando os discursos acima. A possibilidade de visualizar o indivíduo como um todo nos diferentes níveis da assistência mostra um avanço para esta graduação. No entanto, a prática não garante a integralidade na assistência do usuário, pois as demais concepções de integralidade não são levadas em consideração nos discursos desses sujeitos.

Costa et al. (2012) evidenciaram a diversificação dos cenários de prática como importante para a prática profissional mais próxima da sociedade, com destaque para o potencial da atenção básica, uma vez que, de acordo com as DCNs, deve ser possibilitado o contato dos discentes dos cursos da saúde com este nível de atenção em saúde logo nos primeiros semestres do curso. A prática no início do curso, próxima à realidade dos indivíduos assistidos, leva os estudantes a terem uma formação mais atenta às reais necessidades de saúde da população, tornando-os mais críticos frente aos problemas vivenciados na comunidade.

Práticas de saúde integrais mostram-se mais limitadas na atenção hospitalar, como evidenciado no segundo discurso dos estudantes de

Enfermagem; entretanto, pode-se observar uma tentativa de aproximar a integralidade ao nível terciário de atenção à saúde, uma vez que os estudantes afirmam, em seu discurso, que procuram assistir o paciente com uma visão ampliada, holisticamente. Esta característica representa um fator positivo para a formação desses profissionais. No estudo de Lima et al. (2011), os estudantes também afirmaram que a integralidade é mais bem vivenciada na atenção básica do que na atenção hospitalar, corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa.

Os estudantes de Odontologia afirmaram ter vivenciado como cenário de prática da integralidade os seguintes locais: "Nos estágios da atenção básica, nos projetos de extensão, no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde), ERIP (Estágio Regional Interprofissional no SUS) e nas disciplinas dos primeiros períodos". Para alguns estudantes, entretanto, "[n]ão existe integralidade na atenção secundária e terciária". Abaixo, seguem os DSCs formados:

> Nos estágios básicos no PSF, a gente acompanhava lá a vivência da equipe, aí fazia trabalho com a comunidade não só ligado à odontologia, mas ligado à saúde geral do paciente. Tem o ERIP, os projetos de extensão, o PET-Saúde... A gente tem essa questão da integralidade principalmente nos primeiros períodos, mas eu acho que a partir do momento que a gente aprende mais coisa avançado no nosso curso, a gente foca mais na nossa área. É muito lembrado nas aulas teóricas pra gente está vendo essa questão da integralidade, mas essa parte da vivência mesmo, como ele falou, é mais no começo do curso (DSC).

> Nos níveis de complexidade maior à saúde a integralidade é posta de lado... vai depender da instituição que você vai, aqui na Universidade não existe isso. Quando a gente vai atuar no CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas), a gente meio que esquece essa parte... Na especialidade eu acho que não tem como a gente tratar integralmente, por mais que a gente tente entender o quadro do paciente e tente propor a melhor forma de tratamento a gente está mais preocupado de certa forma de exercer a especialidade (DSC).

Os discursos desses estudantes quanto à prática na integralidade contradizem a classificação obtida na dimensão Preparo Prático, uma

vez que os estudantes de odontologia classificaram como boa (7,06 ± 1,66) sua formação prática para a integralidade e os discursos apontam uma formação prática que não contempla a perspectiva da integralidade nos estágios secundários e terciários.

Os discursos dos sujeitos revelam algo muito importante para a formação dos odontólogos: a prática da integralidade só é possível nos primeiros períodos do curso, nos projetos de extensão, no PET-Saúde e ERIP, sendo afastados desta prática quando atuam em estágios da atenção secundária e terciária. Os discursos mostram, ainda, uma formação voltada fortemente para a visão reducionista do indivíduo, reduzindo-o a um problema de ordem bucal, sem levar em consideração seu contexto, sua dimensão subjetiva. Este fato também é uma realidade nas demais profissões da saúde, não se restringindo apenas à odontologia.

Ao defender o agir na integralidade, não se nega a necessidade de conhecimentos técnicos, imprescindíveis para o cuidado integral. Entretanto, busca-se um uso prudente desse conhecimento sobre as necessidades dos sujeitos dos quais cuidamos. Fica claro que a formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, tem de compreender cultura, sistema e relação (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

O ensino em Odontologia, como na maioria dos demais cursos da área de saúde, baseia-se nos períodos iniciais por disciplinas básicas, as quais dão um panorama geral da formação do odontólogo. Em seguida, nas disciplinas profissionalizantes, os estudantes recebem conhecimentos de forma fragmentada, subdividindo o conhecimento em várias especialidades que irão aplicar nas atividades das clínicas de bloco, de forma nucleada – ou seja, o paciente é atendido de acordo com a área de sua queixa, sendo considerado como fragmento de necessidades (RODRIGUES; REIS, 2004).

Com essas disciplinas estanques, espera-se que os estudantes venham a assimilar o conhecimento de forma mais ampla no último período do curso, ao final da graduação (RODRIGUES; REIS, 2004). No caso da UFPB, corresponde ao período em que os estudantes vão ao ERIP, sendo possível desenvolver práticas que apresentam características mais integrais.

Considerações finais

Com este estudo, pode-se compreender melhor o processo de formação dos estudantes de Medicina, Enfermagem e Odontologia para a integralidade. Os posicionamentos dos alunos quanto à sua formação para a integralidade evidenciaram lacunas na formação das três graduações no que se refere às atividades práticas que contemplem atenção integral.

Os resultados apontam a necessidade de mudanças nos seguintes aspectos: priorizar uma maior interação da teoria e prática; e investir na formação dos docentes de modo a capacitá-los para atuação/ensino da integralidade. É importante, assim, que os resultados encontrados neste estudo subsidiem discussões e mudanças no processo de formação de futuros profissionais, para torna-los aptos a atuar de acordo com a integralidade na atenção à saúde.

Referências

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativas. *O Mundo da Saúde.* São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, out./dez. 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4, aprovada em 07 de setembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 de novembro de 2001a.

_____. Resolução CNE/CES nº 3 aprovada em 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 de novembro de 2001b.

_____. Resolução CNE/CES nº 3 aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 de março de 2002.

COSTA, J. R. B. et al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica,* v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

HADDAD, A. E.; et al (Org.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde:* 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo:* um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.

LIMA, M. M. et al. Integralidade na Atenção à Saúde e na Formação do Enfermeiro: Análise da Literatura. *Sau. & Transf. Soc*., Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 155-162, 2011.

NOGUEIRA, M. I.; GUEDES, C. R. Da graduação biomédica à medicina de Família: aprendendo a se tornar um "médico da pessoa". *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 439-460, 2013.

RODRIGUES, M. M.; REIS, S. M. A. S. A interdisciplinaridade e a integração no ensino odontológico: reflexos sobre o perfil profissional em relação às reais demandas da maioria da população por atenção odontológica. *Em Extensão*, Uberlândia, v. 4, p. 20-27, 2004.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim de Saúde*, v. 18, n. 1, Porto Alegre, jan./jun. 2004.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde.* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.593-601, jul/set. 2010.

Dilemas e desafios da autonomia do trabalho docente no Mercosul

Lilian Koifman
Gilson Saippa Oliveira
Carlos Cagnone

Em levantamento sobre o tema da autonomia do trabalho docente, a maior parte dos artigos encontrados se refere ao trabalho do professor dos níveis básico, fundamental e médio. Sobre a docência superior, embora tenham crescido muito as produções ao longo dos últimos vinte anos, pouco tem se produzido sobre a autonomia do trabalho docente. Os artigos e pesquisas que se propõem a abordar o tema, em geral, se preocupam fundamentalmente com a defesa da autonomia docente, tão ameaçada pelas políticas neoliberais implementadas na década de noventa na América Latina e Europa. Não dão conta, entretanto, do campo dos problemas da autonomia excessiva ou percepção de que todas as medidas que promovem o trabalho em grupos de docentes ou que buscam dar maior coerência aos currículos e programas de ensino podem ser encaradas como ameaças a ela (autonomia docente). Neste ensaio, abordaremos um aspecto intimamente conectado com os problemas causados pelo que, a nosso ver, se transformou em uma distorção de valores da Universidade (principalmente a pública), que geram isolamento do docente e promovem desmembramento de trabalho com o chamado "sobretrabalho": professores trabalhando 40 horas semanais ou mais, sem conseguir efetuar trabalhos em equipe de forma efetiva e refazendo trabalhos realizados anteriormente por seus pares.

O trabalho docente na universidade deve ser resgatado como potência para gerar grandes mudanças sociais, tanto nos indivíduos

– futuros trabalhadores – quanto no impacto que as gerações que aprendam a refletir sobre suas práticas cotidianas de trabalho podem gerar na política, com consequente aplicação social de decisões concernentes às prioridades que uma nação deve tomar como suas.

Para abordar o tema proposto, será analisada a realidade que atravessa o Brasil, cruzando certos pontos com o cenário argentino, situando as origens da problemática no ano 1968 com a Reforma Universitária Brasileira, e em 1918, com a Reforma de Córdoba, no caso da Argentina. A partir dessas referências históricas até a atualidade, os conceitos de "autonomia universitária" e "trabalho docente" foram vividos e experimentados de maneiras diversas. Em função disso, abordaremos alguns dos problemas cotidianos causados pela falta de autonomia e outros causados pelo excesso de (ou a confusa interpretação de docentes sobre) autonomia. Por outro lado, abordaremos momentos e espaços em que deve ser resgatado o princípio da autonomia, como um princípio fundamental e positivo.

Brasil e Argentina vêm passando, desde a década de noventa, por processos de profunda reformulação de seus sistemas educacionais, articulados com as políticas neoliberais de reforma econômica e de diminuição do papel do Estado nas respectivas sociedades. Nesse sentido, existem semelhanças em diversos aspectos e diferenças em outros nas consequências de tais processos (KOIFMAN, 2004).

Um aspecto marcante da chamada globalização (também conhecida por mundialização) capitalista na última década tem sido o aparecimento e consolidação de blocos econômicos regionais destinados a aumentar os níveis de intercâmbio comercial e de integração econômica regional (União Europeia, Acordo de Livre Comércio da América do Norte, Mercado Comum do Sul, etc). Abordamos os aspectos da autonomia do trabalho docente cotejando aspectos dos dois países, Brasil e Argentina, buscando enriquecer os dados apresentados.

> No contexto da mundialização e de tendência à homogeneização dos países, continua sendo necessária e útil a percepção das particularidades de cada país e compreensão da origem de suas diferenças e semelhanças (KOIFMAN, 2004, p.115).

Os coletivos docentes serão usados como exemplos, principalmente no que se refere ao trabalho cotidiano de formação em saúde e as estratégias encontradas para defesa da formação para o SUS. Tal defesa ainda é muito importante, se levamos em conta as características de um país que pretende garantir a saúde universal com profissionais que trabalhem a seu favor. Nesse ponto, nos referimos às consequentes reformas curriculares que levam a cabo a tarefa de implementar as Diretrizes Curriculares Nacionais para o campo da Saúde.

Em nosso ponto de vista, o amadorismo no desempenho de tarefas e funções tem, em vários casos, prejudicado as atividades-fins da universidade: formação de profissionais. Se essa tese por nós defendida for verdade com relação aos diversos setores da universidade, também nos parece que se trata do caso do trabalho docente. O caso da saúde é emblemático (talvez dos mais característicos): os docentes são selecionados tomando como critério sua produção (vista apenas através dos artigos publicados em revistas bem avaliadas pelo Qualis CAPES) e pouco ou nada de sua formação para a docência é levado em conta. No máximo será contabilizada sua experiência docente, em horas, quantidade de anos; nada sobre a qualidade é avaliado. Ou melhor, somente os 50 minutos de aula didática é o momento-chave para a maior parte dos concursos que selecionam docentes para as 14 profissões da saúde.

O que está por detrás dessa estrutura de seleção de docentes? Vários aspectos. Alguns deles estão baseados nos argumentos de que as profissões de saúde são essencialmente práticas e aprendidas na prática. Portanto, um bom profissional (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, etc.) será um bom professor para futuros médicos, enfermeiros e nutricionistas (etc). Isso em parte pode ser verdade, mas só em parte.

Seleção de professores

Conectando esses pontos com a realidade argentina, as instâncias que instalam os concursos para cargos docentes podem representar uma oportunidade para valorizar a formação o perfil docente, com vistas a uma transferência dos valores perseguidos no cotidiano do processo

de ensino e aprendizagem. Em linhas gerai,s os concursos apresentam duas etapas ou momentos de avaliação dos candidatos: a) estudo e avaliação de títulos e antecedentes; b) provas com duas etapas: 1) aula pública, 2) entrevista pessoal. Nesse momento, os integrantes da banca cobram um rol fundamental, qualificando o candidato segundo seu histórico de formação e experiência anterior, mas, principalmente, submetendo esse histórico a uma avaliação subjetiva.

Normalmente é esperado que essa análise, entre outras questões, seja centrada na pertinência e correspondência dos antecedentes de pesquisa com respeito à própria atividade docente em relação à área disciplinar, mais do que a avaliação quantitativa da produção em matéria de pesquisa. Por outro lado, existe uma expectativa que seja valorizada a análise da formação pedagógica formal, cotejando com a experiência, as inquietudes e motivações pessoais do candidato com respeito à atividade docente. A entrevista pessoal é o momento-chave de verificação de coerência entre um aspecto e outro. Desta maneira, estas instâncias representam a escolha de um caminho de construção de uma identidade docente e do perfil institucional.

É aqui que se selecionam os atores principais que farão uso da autonomia e o momento no qual se infere a forma em que farão uso da mesma. Por outro lado, não podemos deixar de levar em conta que, em instâncias prévias, se faz uso também da autonomia universitária. O perfil e os valores dos integrantes da banca provavelmente estarão alinhados com os perseguidos pela instituição. Em função do que dissemos, podemos encontrar, em grande medida, membros de bancas com olhar equilibrado, onde a formação pedagógica e os indícios de inquietudes pessoais estejam alinhados com a atividade docente. Ou podemos encontrar membros de bancas de seleção de concurso que estejam focados somente em indicadores de produção científica (entendidos como artigos científicos apenas) e manejo dos saberes disciplinares.

As instituições universitárias na Argentina embasam seus concursos em um modelo que responde a certas normativas gerais (Lei 24.521, Lei de Educação Superior, 1995). Porém a avaliação, por parte da banca, momento de valorização de outras subjetividades referentes ao docente universitário, se vê atravessada pelo perfil institucional. Desta

maneira, a autonomia universitária pode representar uma oportunidade de crescimento, como também um retrocesso com respeito aos objetivos perseguidos com relação ao bom uso deste princípio.

Docência universitária na área de saúde

Os professores universitários da área de saúde, em diversos casos, aprenderam a sê-lo mediante um processo de socialização, em parte intuitiva, autodidata, ou seguindo o modelo daqueles que foram considerados bons professores. Por outro lado, existe pouca valorização dada pelas instituições (universidades, órgãos de fomento, Capes, etc.) à formação pedagógica do professor. Isso pode ser atribuído ao desmerecimento da atividade de ensino nas universidades, onde os estímulos para a atuação e os critérios de progressão na carreira têm se fundamentado mais na produção científica que no exercício da docência (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013).

Valorizar a complexidade das apropriações realizadas pelos docentes no interior do campo educacional e as movimentações dialógicas que nele subsistem nos parece um potente dispositivo para revelar as possíveis implicações entre os desejos presentes na agenda reformista (SUS e formação de profissionais de saúde ligados aos seus atributos ético-políticos) e a maneira como cada agente, a partir de sua trajetória de vida, se apropria de tais desejos e os transforma no cotidiano de seus fazeres pedagógicos (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013).

Outros momentos de análise onde se localizam situações que permitam um redirecionamento do perfil do docente de profissões da saúde são as avaliações das instituições universitárias realizadas pelas comissões nacionais de controle (como Capes e CONEAU). No caso da Argentina, com a CONEAU, cabe descrever diferentes instâncias de avaliação institucional onde se apresentam oportunidades para trabalhar a problemática do presente artigo. Essas instâncias são as que fazem a autoavaliação institucional e avaliação externa, tanto em etapas de acreditação institucional como as avaliações periódicas a cada três ou seis anos (CONEAU, Resolução 382/11).

> *Los objetivos que se propone la evaluación institucional están básicamente orientados a producir el "mejoramiento de la calidad" entendida como cambios o innovaciones (a partir de formular planes y proyectos) que*

> *las instituciones desarrollan a partir de un proceso que se interpreta como de "reflexión colectiva y toma de conciencia" sobre las acciones de la propia institución* (CONEAU, 2002, p. 26).

Neste marco de proposta de melhora da qualidade, a autoavaliação institucional representa um momento de introspecção e participação dos atores da vida universitária, sendo estes espaços uma grande oportunidade para revalorizar e projetar planos de ação que impactem a comunidade docente. Somado ao ponto anterior, tem capital importância que a avaliação externa, por parte da CONEAU, entregue uma resposta com pautas claras de avanço do tipo qualitativo, coerente com o contexto universitário particular, que acompanhe os indicadores habituais (quantidade de docentes pesquisadores, número de docentes com doutorado, mestrado e especialidade, relações entre diferentes cargos docentes, etc.). Respeitando os princípios de autonomia universitária e de liberdade acadêmica, os delineamentos estabelecidos a partir de uma visão e uma postura mais global facilitarão ações mais significativas do corpo docente com relação aos objetivos delineados.

Em relação mais estreita com a área de saúde, na Resolução Ministerial 535/99 sobre os *Estándares de Acreditación de Medicina* se estabelecem nos seus anexos, entre outras metas, recomendações concretas para a formação médica. Entre elas, consideramos pertinente citar a necessidade de um enfoque científico – antropológico – social e humanístico na formação, a integração vertical e horizontal dos conteúdos e que os profissionais médicos devem estar capacitados para serem eficazes educadores da comunidade, centrando suas ações na atenção primária em saúde. A partir dessas recomendações, entre outras tantas, nos parece primordial centrar o olhar nas características particulares e a capacitação pedagógica do corpo docente para trabalhar em função dessas metas.

Compreender tais posicionamentos e a complexidade da composição dos saberes e das práticas docentes, no interior do campo universitário brasileiro, percebendo-as como expressão de tensões que se revelam nas contradições e as resistências presentes na diversidade de experiências que hoje ocorrem na formação em saúde em tempos de Sistema Único de Saúde (SUS), amplia, sobremaneira, a potência explicativa e de

transformação dos processos de reestruturação dos processos formativos voltada a tais preceitos (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013).

Segundo Perrenoud (2000), as competências de um bom professor são: organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; envolver os alunos com sua aprendizagem e em seu trabalho; trabalhar em equipe; participar da administração da instituição de ensino; viabilizar novas tecnologias; administrar sua própria formação contínua.

No ensino básico (fundamental e médio), o cerne dos debates e discussões sobre os destinos da educação está na formação, no desempenho e no desenvolvimento profissional do professor. É percebida a fragilidade teórico-metodológica dos cursos oferecidos na formação de professores, refletindo diretamente no seu desempenho, aliada à desvalorização profissional. E quanto ao ensino universitário, no que concerne a docentes atuantes nos cursos de graduação da área de saúde (formação em saúde), encontramos os mesmos problemas, ainda mais agravados pela falta de formação docente específica.

A autonomia não significa, portanto, a ausência de leis, normas, regras, ou a ideia de que a instituição de ensino pode fazer o que quiser. Significa, sim, que pode vir a ser o centro de decisões, de desenhar seus rumos, buscar seus caminhos e criar mecanismos no presente, a fim de gerar um futuro e gerar-se nesse futuro. A partir dos caminhos da escola em busca da autonomia, o professor, ao participar desse processo, constrói e se constrói. O processo, então, vivenciado pela escola na busca de sua construção, operacionaliza-se no professor como uma transposição didático/pedagógica, em que os pressupostos da escola servem como referenciais para a construção de sua autonomia profissional (PETRONI; SOUZA, 2010).

Em muitos momentos, docentes do ensino superior revindicam liberdade em suas escolhas (quais projetos desenvolver, em quais disciplinas lecionar, etc.). Essa concepção de liberdade revela outros elementos que constituem a representação de autonomia para os docentes: ser capaz de "se virar" sozinho e poder prescindir do coletivo. Em pesquisa realizada com professores, Petroni e Souza (2010) chamam a atenção sobre a forma como diversos professores

relacionam autonomia e liberdade, opondo-as, sem perceber sua implicação na construção de uma prática pedagógica responsável.

> A liberdade aparece desvinculada da responsabilidade, enquanto a autonomia, segundo as concepções expressas, implica a responsabilidade. Ocorre que as professoras acreditam que têm liberdade e não autonomia, e o fato de não perceberem a implicação entre ambas pode justificar a própria ausência da autonomia (PETRONI; SOUZA, 2010, p. 359).

Em algumas entrevistas com professores, percebem que por vezes os entrevistados parecem confundir autonomia com liberdade total e irrestrita, ou mesmo com libertinagem, como forma de liberdade sem responsabilidade.

Profissão docente

De modo geral, é possível observar que existe relativa aceitação de que o magistério se constitui como um corpo de trabalhadores que historicamente tem se orientado rumo à profissionalização. Em suas origens, os que se ocupavam do ato de ensinar o faziam por vocação ou sacerdócio. Com o desenvolvimento da sociedade moderna, o magistério passou a constituir-se como um ofício em busca da profissionalização.

Levando em conta o conceito genérico de profissão como um termo que se refere a atividades especializadas, que possuem um corpo de saberes específico e acessível apenas a certo grupo profissional, com códigos e normas próprias e que se inserem em determinado lugar na divisão social do trabalho, pode se indagar até que ponto o magistério obteve ou obtém condições de se definir como tal.

A profissionalização do magistério pode ser compreendida como um processo de construção histórica que varia com o contexto socioeconômico e cultural a que está submetida, mas que, sobretudo, tem definido tipos de formação e especialização, de carreira e remuneração para determinado grupo social que vem crescendo e consolidando-se.

Nóvoa (2000), analisando as tendências atuais nos estudos sobre profissão docente, identifica a existência de uma literatura que reduz a profissão docente a um conjunto de competências e capacidades,

realçando essencialmente a dimensão técnica da ação pedagógica. Segundo o autor, os estudos sobre os professores, seus saberes, valores, crenças e atitudes são elemento importante nas discussões educacionais, fato que amplia as possibilidades de leituras no campo educacional. Para ele, os professores têm voltado ao centro dos debates educativos e das problemáticas da investigação e esta retomada dos interesses sobre a docência e docentes mostra a impossibilidade de separar as dimensões pessoais e profissionais. A forma como cada um vive a profissão de professor é tão (ou mais) importante do que as técnicas que aplica ou os conhecimentos que transmite.

A construção da identidade docente surge por referência a saberes (práticos e teóricos), mas também por adesão a um conjunto de valores. Portanto, podemos afirmar que não existem dois professores iguais, sendo imprescindível que as análises sobre a docência e sobre a ação pedagógica inclua o seguinte aforismo: "diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és" (NÓVOA, 1997, p. 33).

A compreensão do mundo, da vida e da atividade profissional dos docentes não se limita às questões educacionais, vinculadas ao didático pedagógico em seu sentido restrito (aplicação de técnicas ou de métodos), mas estão intrinsecamente vinculadas a todo um processo de socialização vivido pelos docentes, particularmente aquela que ocorre no interior do seu processo de constituição da identidade docente (LUCARELLI, 2000).

O desafio que se coloca é o de desnudar as relações sociais e seu enraizamento na tessitura do social, percebendo-as como expressão de conflitos e lutas que determinam como se organiza a práxis docente e como um arranjo de saberes é eleito ou não pelo docente, que tipo de ação este desenvolve nos espaços de negociação no interior da escola, identificando e valorizando as contradições e resistências presentes na diversidade de experiências que hoje ocorrem na formação em saúde e que se expressam cotidianamente.

Esse reconhecimento pressupõe a busca cotidiana da formação de uma nova cultura no interior das instituições de ensino, como também a necessidade de que os formuladores das agendas reformistas, internas e externas as escolas, assumam a importância relativa das questões culturais e das relações institucionais que ocorrem

no processo de formação, o que contribui para a maior potência explicativa dos processos de reestruturação dos cursos, principalmente a identificação do processo de escolarização e todas as relações que ocorrem no interior da escola como um movimento de socialização (HUSU, 2003). Portanto, é fundamental problematizar esse processo, questionar sua ancoragem, desenvolver um trabalho de desnaturalizar, desterritorializar, levar ao estranhamento. Com esse olhar, buscar entender a favor de que concepção de formação atua? Qual sua leitura do sistema de saúde em construção?

Forquin (1993) evidencia esta relação quando descreve a existência de múltiplas dependências entre educação e cultura, a partir de uma relação íntima e orgânica. Quer se tome a palavra "educação" no sentido amplo, de formação e socialização do indivíduo, quer se restrinja unicamente ao domínio escolar, é necessário reconhecer que, se toda a educação é sempre educação de alguém por alguém, ela também supõe, necessariamente, a comunicação, a transmissão, a aquisição de alguma coisa: conhecimentos, competências, crenças, hábitos, valores, que constituem o que se chama precisamente o "conteúdo" da educação.

Cunha e Leite (1996), por sua vez, afirmam que quem tem o domínio da forma de transmissão exerce o controle (simbólico) e possui o poder de distribuir o capital cultural num determinado espaço de relações. E, nesta perspectiva, o professor tem uma posição fundamental no processo de manutenção ou de transformação cultural na educação. Para as autoras, o *currículo* vai dizer qual conhecimento válido; a *pedagogia,* qual sua forma de transmissão e *a avaliação*, qual a realização adequada do conhecimento por parte do aluno.

Em outro momento, Sacristán (1995) defende a necessidade de oferecer ao docente em formação os ferramentais conceituais para que este se "habilite" à construção de um "mapeamento cultural" da diversidade de universos culturais e que busque assegurar nas suas atividades e ações a representatividade de grupos étnico-culturais que estão no contexto em que a escola se insere, construindo currículos não etnocêntricos.

Nessa linha de pensamento, destacamos que é fundamental, no processo de reorientação do processo de formação, levar em

consideração as implicações do papel dos docentes na constituição desse novo processo de formação, que por conta da sua natureza crítica deve buscar permanentemente seu redirecionamento, pois o mesmo ocorre em contextos de cenários multifacetados, caracterizando-se pela imprevisibilidade, conflitos, opções éticas e políticas, a depender das condições que o docente apresenta para desenvolver essa prática e por extensão forjar sua própria identidade profissional (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

Como desdobramento dessas propostas de entendimento sobre capitais e saberes que conformam a práxis docente, consideramos que seja pertinente realizar um "mapeamanto cultural" do universo de significação das suas ações, quando o assunto disser respeito ao seu papel enquanto agente produtor de transformações no processo de formação.

Entendê-lo como sujeito histórico, revelador de um contexto social, e engajado conscientemente ou não em um projeto político e que "estudá-lo" sob esta ótica é de fundamental importância quando se pretende alterar a lógica universitária e, consequentemente, caminhar rumo a novos patamares, tentando construir um novo horizonte no campo da formação com potencial de influenciar as formas do cuidado em saúde (CUNHA, 1998).

Os trabalhos de Saviani (1996) e Gauthier et al. (2006) alertam para a necessidade de consideramos a existência de uma correlação potencial entre o processo de socialização vivido pelos docentes e seu papel enquanto agentes portadores de reservatórios de saberes, que tanto podem agir na direção da transformação quanto da conservação. Por isso, torna-se mister compreender sua reflexividade (instrumental/técnica ou crítica hermenêutica e solidária), enquanto culturalmente orientada e datada e espacialmente distribuída, que se manifesta a partir do tipo de racionalidade que embasa a gestão pedagógica e que é regulada pela perspectiva dialógica presente em toda a atividade de aprendizagem.

Carr e Kemmis (1988), associando-se à reflexão sobre o professor como prático reflexivo, apontam que o processo de reflexão: a) não é determinado biológica ou psicologicamente, mas expressa uma orientação para a ação e refere-se às relações entre pensamento e

ação; b) não é uma forma individualista de pensar, mas pressupõe e prefigura relações sociais; c) expressa e serve a interesses humanos, políticos, culturais e sociais; d) reproduz ou transforma ativamente as práticas ideológicas; e e) é uma prática que exprime o poder para reconstruir a vida social, ao participar na comunidade, na tomada de decisões e na ação social.

Numa perspectiva diferente, Shulman (1977) enfatiza a necessidade de pensarmos a utilidade das sínteses para o desenvolvimento de olhares sobre os docentes seus saberes e seus fazeres. Mesmo considerando que essas possuem suas limitações, afirma que devemos admitir que as sínteses têm um papel histórico importante para o desenvolvimento do campo educacional, principalmente a de produzir um sentido explícito de organização do campo e de redirecionamento das questões até então tratadas nas pesquisas. Além disso, seu trabalho busca servir de guia para os pesquisadores, sinalizando as pesquisas pertinentes e válidas para o ensino.

Autonomia do trabalho docente está em crise?

Para Nóvoa (2008), a crise de identidade dos professores, que vem sendo debatida nas últimas décadas, tem conexão com a gradual separação entre o eu pessoal e o eu profissional desses sujeitos. Para o autor, a transposição dessa atitude do plano científico para o plano institucional contribuiu, de certa forma, para intensificar o controle sobre os professores, favorecendo seu processo de desprofissionalização.

Outra forma de descrever a desprofissionalização do professor se dá em função de a escola pública assumir as mais variadas funções e sua obrigatoriedade em responder a todas. Pode-se observar docentes desempenhando funções de assistente social, enfermeiro, psicólogo, entre outras. Tais exigências contribuem para um sentimento de desprofissionalização, de perda de identidade, da constatação de que ensinar às vezes não é o mais importante (OLIVEIRA, 2010).

Oliveira (2010) aponta outro aspecto drástico que vem afetando a autonomia da profissão docente, com a realização de exames externos promovidos pelos sistemas nacionais de avaliação. O gradual aumento da mensuração do desempenho educacional dos alunos e a participação

da família na gestão da escola trazem, muitas vezes, o sentimento para os docentes de "estarem sob suspeita". Por parte desses outros agentes, é como se fossem permanentemente forçados a fiscalizar a escola e o trabalho dos professores, manter uma vigilância próxima e permanente junto ao corpo docente. O mesmo ocorre com os Sistemas Nacionais de Avaliação Docente, realizados pelo MEC e pela CAPES.

Podemos apontar que as mudanças sociais e econômicas pelas quais o mundo passou nas últimas décadas do século XX apontam para novas formas de organização da produção, do trabalho, da vida econômica. As instituições educacionais não estão fora desse processo, e muito menos a universidade. Vários autores abordam que a reestruturação produtiva traz um novo modelo de acumulação, denominado "flexível", e apresenta novas formas de organização do trabalho: menos fragmentado, menos rígido, mais flexível, exigindo maior plurifuncionalidade e polivalência (CORIAT, 1994; OLIVEIRA, 2010).

Os trabalhadores da educação, assim como de outras áreas, passam a buscar novas formas de ocupação e, consequentemente, de formação, para se adaptarem às novas exigências. Esse caráter flexível das ocupações chega à universidade de duas formas: no objeto dos docentes – eles terão que adequar seu trabalho às exigências atuais, já que formam a força de trabalho para esse mundo em mudança; e na organização do seu próprio trabalho – que também tende a adotar cada vez mais o caráter de maior flexibilidade e autonomia que o trabalho em geral assume (OLIVEIRA, 2010).

Os professores, desta maneira, passam a lidar com uma nova ambivalência. Por um lado, as formas mais flexíveis e autônomas de organização do trabalho lhes trazem ganhos de autonomia e maior controle sobre suas atividades. Por outro, a organização lhes retira poder e controle como um grupo profissional (OLIVEIRA, 2010). Em diversas oportunidades, o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) apresenta, em suas publicações, dados sobre a dificuldade de articulação e debate com os docentes universitários. Cada vez mais, são exercidas tarefas de forma autônoma e isolada, com baixa capacidade de realizar grandes debates.

Se, como afirma Nóvoa, a identidade é um espaço de permanente conflito e reconstrução, será no espaço dessa ambiguidade, vivida no cotidiano escolar, que novas identidades poderão ser forjadas e novos sentidos poderão ser atribuídos ao movimento de profissionalização docente.

Autonomia do trabalho docente: crise ou oportunidade?

Quanto mais se fala da autonomia dos professores, mais sua ação surge controlada, por instâncias diversas, conduzindo a uma diminuição das suas margens de liberdade e de independência. O aumento exponencial de dispositivos burocráticos no exercício da profissão não deve ser visto como uma mera questão técnica ou administrativa, mas, antes, como a emergência de novas formas de governo e de controlo da profissão (NÓVOA, 2009).

A colegialidade, a partilha e as culturas colaborativas não se impõem por via administrativa ou por decisão superior. Mas, para Nóvoa, o exemplo de outras profissões (médicos, engenheiros, arquitetos), pode inspirar os professores.

Devemos observar que não se deve restringir a formação do docente apenas aos processos formativos institucionais; seu cotidiano e vivência em espaços de trocas formais e informais na docência trarão a possibilidade de sua formação, somada à base educacional. Ainda assim, consideramos que os cursos de formação de professores muito possam contribuir. No caso brasileiro (diferente do argentino) no ensino superior, como dissemos antes, os docentes são selecionados para a tarefa docente, em grande parte dos casos, sem nenhuma formação específica.

Nos anos 1990, imperou o conceito de construção de *competências*, que assumiu papel importante na reflexão teórica e, sobretudo, nas reformas educativas. Todavia, apesar de inúmeras reelaborações, a apropriação do termo no cotidiano dos processos formativos ficou restrita e orientada pelas suas origens comportamentalistas e de leituras de raiz técnica e instrumental (NÓVOA, 2009). Segundo o autor, foi por isso que se adaptou tão bem às políticas de "qualificação dos recursos humanos", da "empregabilidade" e da "formação ao longo

da vida", adquirindo grande visibilidade nos textos das organizações internacionais, em particular da União Europeia.

Nesta direção, como contraponto a esta apropriação restrita do conceito, o autor sugere um novo conceito: disposição. E nos parece original e pertinente. Pretende romper com o debate sobre as competências que parece saturado, adotando um conceito mais "líquido" e menos "sólido", que pretende olhar preferencialmente para a ligação entre as dimensões pessoais e profissionais na produção identitária dos professores.

O autor esclarece não se tratar de proposta de adoção de *uma qualquer deriva praticista e, muito menos, de acolher as tendências anti-intelectuais na formação de professores* (NÓVOA, 2008). Trata-se de abandonar a ideia de que a profissão docente se define, primordialmente, pela capacidade de transmitir determinado saber. É esta concepção que tem levado às intermináveis discussões entre os que apenas se interessam pelos conteúdos e os que colocam os métodos de ensino acima de tudo. Concordamos com o autor quando afirma que o que caracteriza a profissão docente é um lugar no qual as práticas são investidas do ponto de vista teórico e metodológico, dando origem à construção de um conhecimento profissional docente.

A proposta apresentada pelo autor pode ter grandes implicações para a formação de professores, pois sinaliza a construção de uma teoria das "pessoalidades" no interior de uma teoria da profissionalidade. Significa que é importante estimular, junto dos futuros professores e nos primeiros anos de exercício profissional, práticas de autoformação, momentos que permitam construir narrativas sobre suas próprias histórias de vida pessoal e profissional (NÓVOA, 2008, p. 39).

Referências

CARR, W; KEMMIS, S. *Teoria critica de la ensenanza*: la Investigaciona-accion em la formacion del professorado. Barcelon: Martinez Roca, 1988.

CONEAU. Contribuciones para un análisis del impacto del sistema de evaluación y acreditación. 2002. Disponível em: <http://www.coneau.edu.ar/archivos/Impacto.pdf>. Acesso em: jul. 2014.

_____. Resolución nº 832/1. 2011. Disponível em: http://www.coneau.edu.ar/archivos/evaluacion/Criterios_procedimientosEE_Res38211.pdf>. Acesso em: maio 2014.

CORIAT, B. *Pensar pelo avesso*: o modelo japonês de trabalho e organização. Rio de Janeiro: Revan/UFRJ, 1994.

CUNHA, M. I. da. *O professor universitário na transição de paradigmas*. Araraquara: JM, 1998.

CUNHA, M. I.; LEITE, D. B. *Decisões pedagógicas e estruturas de poder na universidade*. Campinas: Papirus, 1996.

FORQUIN, J. C. *Escola e cultura*: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GAUTHIER, C. et al. *Por uma teoria da pedagogia pesquisas contemporâneas sobre o saber docente*. Ijuí: Unijuí, 2006.

HUSU, J. *Tell me about your work and y tell you about your knowledge*: constructing teacher knowledge based on pedagogical practices. Paper presented at the Biennial Conference of The international Study association on Teachers and Teaching Netherlands, June 27-July 1, 2003.p. 312-325.

KOIFMAN, L. O processo de reformulação curricular de duas faculdades de medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 8, n.14, 2004.

ARGENTINA. *Lei nº 24.521*. Ley Nacional de Educación Superior, Buenos Aires, Argentina, 20 jul. 1995.

LUCARELLI, E. Um desafio institucional: inovação e formação pedagógica do docente universitário. In: *O que há de novo na educação superior do projeto pedagógico à prática transformadora*. Campinas: Papirus, 2000.

NÓVOA, A. Diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és e vice-versa. In: FAZENDA, I. (Org.). *A pesquisa em Educação e as transformações do conhecimento*. 2 Ed. Campinas: Papirus, 1997.

_____. Os professores e a história da sua vida. In: _____. (Org.). *Vida de professores*. 2. ed. Lisboa: Porto, 2000.

_____. Os professores e as histórias da sua vida. In: _____. *Vida de professores*. Lisboa: Porto, 1995.

_____. Os professores e o "novo" espaço público da educação. In: TARDIF, M.; LESSARD, C. (Org.). *Ofício de professor*: história, perspectivas e desafios internacionais. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. *Professores*: imagens do futuro presente. Lisboa: Educa, 2009.

OLIVEIRA, D. A. Os trabalhadores da educação e a construção política da profissão docente no Brasil. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. especial 1, p. 17-35, 2010.

PERRENOUD, P. *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PETRONI, A. P.; SOUZA, V. L. T. As relações na escola e a construção da autonomia: um estudo da perspectiva da Psicologia. *Psicologia & Sociedade, v.* 22, n. 2, p. 355-364, 2010.

PIMENTA, S.; ANASTASIOU L. *das G. C.* Do ensinar à ensinagem. V. 1. In: *Docência no Ensino Superior*, São Paulo: Cortez, 2002.

RODRIGUES, M. L. *Sociologia das profissões*. Lisboa: Celta, 2002.

SACRISTÁN, J.G. Currículo e diversidade cultural. In: SILVA T. T.; MOREIRA, A. F. (Org.). *Territórios contestados*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação.* Botucatu, v. 17, p. 211-218, 2013.

SAVIANI, D. Os saberes implicados na formação do educador. In: BICUDO, M. A.; SILVA JUNIOR, C. A. (Org.). *Formação do educador*: dever do Estado, tarefa da Universidade. São Paulo: Unesp, 1996.

SHULMAN, L. S. (Ed.). *Review of research on education.* v. 5. Itasca: F.E. Peacock, 1977. p. 163-199.

A percepção do profissional de saúde sobre o cuidado e a autonomia nos cuidados paliativos

Renata Silva Fontes Monteiro
Aluísio Gomes da Silva Junior
Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes
Reynaldo Gomes Lopes

Introdução

Avanços tecnológicos, preventivos e terapêuticos promoveram um aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento progressivo da população e a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse cenário, pode haver o aumento da possibilidade do uso, por parte dessa população longeva, de cuidados intensivos, reabilitadores e que visem a melhorias da qualidade de vida quando as possibilidades terapêuticas diminuírem. Nesse sentido, os cuidados paliativos (CP), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), constituem a abordagem da assistência no fim da vida que:

> [...] aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

Esse tipo de assistência exige conhecimentos e práticas específicas e uma capacidade de lidar com os pacientes para além de suas doenças, voltando-se para o indivíduo complexo em suas várias dimensões, com direito à informação e à autonomia para tomada de decisões. É uma abordagem que utiliza equipe multiprofissional, apoio à família e atenção ao luto. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o termo é usado para designar:

> [...] cuidados ativos e integrais prestados a pacientes com doença progressiva e irreversível, com poucas chances de resposta a tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas através da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (MACIEL, 2006, p. 12)

Maciel (2008) ainda destaca que é um equívoco considerar que os CP somente se aplicam na fase do fim da vida, quando "não há mais nada a fazer". Ao contrário, o atendimento em CP deveria ser iniciado quando do diagnóstico de doença incurável e potencialmente ameaçadora da vida do sujeito. Portanto, a condição de incurabilidade da doença não significa que não haja mais o que possa ser feito. No que se refere à assistência, o enfoque da atenção passam a ser as necessidades do binômio sujeito-família, e não mais ao combate à doença.

Para Oliveira e Silva (2010, p. 213), é uma abordagem cuja "estrutura do modelo assistencial estabelece íntima relação com os princípios bioéticos considerados na vertente principialista". Desses princípios, no que diz respeito à autonomia, Floriani e Schramm (2008), apesar de questionarem se, em essência, estar em cuidados paliativos é uma decisão autônoma ou um "conjunto de ações decididas por quem cuida", afirmam que:

> [...] quando se consegue oferecer bons cuidados paliativos pode-se, em muitos casos, ajudar o paciente a encontrar sua melhor capacidade de decidir sobre sua vida, dependendo do tempo que se tem, e das condições do paciente em exercer sua competência decisória (p. 2.128).

O exercício da competência decisória está ligado ao princípio da autonomia que, para Beauchamp e Childress (2011, p. 143), é definida como "ações autônomas [que] não devem ser sujeitadas a pressões controladoras de outro". Esses autores também consideram essencial que a pessoa esteja "livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstem a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada". Ser capaz de compreender a situação é o ponto principal para ser capaz de uma escolha autônoma. Fornecer informações e suporte para

capacitar o paciente para que este exerça sua autonomia parece ser fundamental para que se possa produzir um tipo de cuidado no qual o profissional se relaciona com o paciente, sendo este sujeito e condutor de sua história.

O cuidado no modelo hegemônico é focado no diagnóstico, médico-centrado, no qual o atendimento tende a se restringir a procedimentos técnicos, exames complementares e medicamentos. O processo saúde-doença reduz-se ao biológico, excluindo qualquer intervenção de componentes social ou subjetivo para a produção ou resolução desse processo. A subjetividade, tanto do paciente quanto do profissional, tende a ser desconsiderada e desqualificada. Nesse modelo, a relação do profissional é com a doença e não com o doente. O objeto da intervenção é o corpo doente e não a pessoa. Segue a lógica da fragmentação do homem sem levar em consideração, muitas vezes, que essas partes compõem um todo bastante complexo. Sob esta lógica, as relações construídas acabam por levar a uma aproximação do outro como um objeto com "defeito" sobre o qual haverá uma intervenção e não como um alguém com história, vontade e conhecimento. A relação passa a ser com a parte doente e não com a pessoa. Se a relação é com a parte, com a doença, com o sintoma e não com o sujeito, talvez pensar nesse contexto em autonomia seja um complicador.

Nesse cenário, o objetivo do cuidado se restringe a identificar a existência de uma enfermidade e propor medidas para tratar, alterar o modo de viver e restabelecer a funcionalidade. Em oposição a isso, Boff (2012, p. 37) propõe:

> Cuidado se opõe ao descuido e ao descaso. Assim, cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo e, mais que um ato, é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

Esse cuidado surge somente quando a existência de outra pessoa tem importância para o indivíduo que cuida, o qual passa a se dedicar a essa pessoa e a participar de sua vida, buscando estar junto dela nos sucessos e nos sofrimentos. A importância do cuidado, segundo Ayres (2004a, p. 86), reveste-se do:

> [...] desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação de saúde.

Esse cuidar é um facilitador para que haja um verdadeiro encontro, a abertura de um espaço relacional muito maior do que aquele no qual um traz o sofrimento e o outro, o conhecimento.

> O que ocorre no campo da saúde é o encontro entre um profissional de saúde e um usuário, o processo de trabalho em saúde ocorre a partir, e centradamente, neste encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginário. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas, tecnologias disponíveis (SILVA JUNIOR; PONTES, 2006, p. 65).

Neste trabalho, o cuidado é entendido como uma forma de nos aproximarmos da Integralidade, pois:

> [...] longe de significar um conjunto de procedimentos ou atitudes isoladas, o cuidado se revela como um fio condutor da construção da integralidade na atenção à saúde, em seus sentidos mais amplos, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de interação possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidade mútuas (SILVA JUNIOR; ALVES; MELLO-ALVES, 2005, p. 78).

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída no texto constitucional de 1988. É um termo polissêmico que, no entanto, se complementa quando discutido no setor da saúde. Mattos (2001, p. 44) sugere que a integralidade pode ser entendida em três conjuntos de sentidos: o primeiro, como atributo das práticas dos profissionais de saúde, nas quais o exercício da integralidade se dá por meio da compreensão de todo o conjunto de serviços e necessidades que o paciente requer quando procura a atenção profissional. A integralidade, nesse sentido, não seria apenas uma característica da boa medicina, mas algo que deve permear as práticas de todos os profissionais de saúde, sejam estas práticas no âmbito público, sejam no privado.

Um segundo conjunto de sentido diz respeito às características da organização dos serviços, em que há crítica pela dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Aponta para a necessidade de haver uma articulação entre demanda programada e espontânea, além da necessidade de que os serviços sejam organizados não apenas para responder a um tipo de doença, como também para dar uma atenção ampliada às necessidades da população.

E o terceiro conjunto refere-se às respostas governamentais aos problemas de saúde da população ou às políticas especificamente desenhadas para solucionar os problemas que incidem sobre determinados grupos. A integralidade se apresenta, neste sentido, na recusa em tratar sujeitos como objetos e em fazer recortes tirando tais sujeitos, sobre os quais irá incidir a política de saúde, de seus contextos. Há ainda a expressão da integralidade na convicção de que as respostas do governo devem incorporar possibilidades de prevenção e assistência.

Mais recentemente, Pinheiro, Ferla e Silva Junior (2004) atribuíram novo sentido à integralidade, articulando-a de forma inseparável com a universalidade e a equidade, como uma prática social que medeia e torna adequada a relação entre os serviços de saúde e suas ofertas de cuidado; as necessidades dos indivíduos e populações em determinados territórios e conjunturas históricas. Essa prática social é fundamentada no Direito à Saúde como um direito de cidadania, e é materializada nos conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde, nas práticas de gestão e nas formas de participação social.

Entendendo que esses sentidos possam estar entrelaçados, neste trabalho, enfocaremos o primeiro conjunto de sentidos, visto que a prática dos profissionais de saúde consiste em dar uma resposta ao sofrimento do paciente e num tipo de cuidado no qual este não seja reduzido a um aparelho ou a um sistema biológico.

Curar e cuidar são conceitos intimamente ligados aos profissionais que operam saúde. Para Silva Junior (2006, p. 94), "o cuidado é constitutivo de todas as profissões de saúde" e tem como característica ser essencialmente relacional. É por meio da relação entre sujeitos que pode surgir o campo de forças no qual serão mobilizadas emoções e identificações que permitam ou impossibilitem a utilização dos

conhecimentos do profissional. Nesse encontro, é preciso incluir o outro como portador de valores, crenças e saberes, e para tanto, é preciso que os profissionais sejam:

> Trabalhadores generosos, capazes de fazer uma escuta qualificada do que o OUTRO, que está na sua frente, lhe apresenta; e, o que é mais importante, tanto disponibilizar o que já sabe para melhorar a vida desse OUTRO como ser capaz ou estar aberto para a intervenção de novas formas de cuidado adequadas a cada situação singular. (CECILIO, 2009, p. 553).

O cuidado realiza-se na construção desse processo único, dinâmico e que ocorre a cada encontro entre aqueles sujeitos. Ayres (2004a, p. 86) comenta que o cuidar nas práticas de saúde demonstra sua importância quando propõe "o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação de saúde". Nesse tipo de cuidado, é dada ênfase ao espaço relacional, aumentando a importância das práticas de saúde que possibilitem de forma efetiva o surgimento da subjetividade do outro, como as estratégias de acolhimento, vínculo e responsabilização na organização à assistência. Essas estratégias relacionais podem ser entendidas como uma forma de comunicação capaz de responder de forma adequada às pessoas que procuram os serviços de saúde. Sendo assim, o acolhimento que se apresenta não é apenas sua dimensão física – com ambientes "acolhedores" ou salas bonitas – nem só a simpatia ou educação de quem recebe as pessoas, mas também é uma postura do profissional.

Essa postura implica a escuta do usuário em suas queixas, não bastando fazer o outro falar apenas sobre aquilo que o profissional quer ouvir, como um mero recurso para se obter informações, pois essa escuta é qualificada, uma vez que está relacionada à forma como as coisas são ditas, ao que é falado, ao que é silenciado, aos lapsos de memória e enganos. Esse tipo de escuta pode ser um importante instrumento de trabalho, e não mera perda de tempo. A postura do profissional implica, ainda, a busca por respostas adequadas a cada demanda, o reconhecimento do protagonismo do paciente no processo

de saúde e adoecimento, a responsabilização pela resolução e os encaminhamentos. Merhy (1997, p. 120) contribui ponderando que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) garantir o acesso universal, acolhendo, escutando e dando uma resposta positiva aos problemas do usuário; 2) reorganizar o processo de trabalho, valorizando a equipe multiprofissional; e 3) qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Sendo assim, o acolhimento permeia toda a terapêutica, mas para que ele seja efetivo, é preciso que se construa, por meio da escuta qualificada, o vínculo.

Vínculo é algo que liga as pessoas, que transforma relações, que cria compromissos dos profissionais com o paciente e vice-versa; é resultado de esforço multiprofissional que envolve a equipe, a instituição e a comunidade. Apoiados em Silva Junior e Mascarenhas (2004), podemos pensar em vínculo por meio de três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na dimensão da afetividade, é preciso que o profissional goste do que faz e se interesse pelo bem-estar do paciente, o que permite a criação de um vínculo estável. Como relação terapêutica, está relacionado à possibilidade de considerar a singularidade de cada atendimento; é uma forma de se relacionar com o outro como um sujeito também detentor de saber. Como continuidade, para que haja fortalecimento do vínculo, é necessário que haja continuidade no atendimento, pois permite a criação de uma relação de confiança entre profissional e paciente. O vínculo também implica a responsabilização, que consiste no profissional se responsabilizar pela resolução das demandas do paciente de forma não burocrática nem impessoal. Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o profissional e o paciente.

É importante salientar que os profissionais, além da sua relação com o paciente, também podem atuar em equipes e que devem produzir o cuidado a partir de seu próprio núcleo de competência. Compreendemos o trabalho em equipe no sentido da complementaridade e interdependência, incluindo, concomitantemente, uma autonomia relativa dos diferentes saberes de cada membro.

Articular os distintos aspectos de cada núcleo para construção de projetos terapêuticos de forma interdisciplinar requer um esforço contínuo dos profissionais de saúde para estarem abertos e disponíveis a escutar e tentar compreender o discurso do outro. Nesse sentido,

> [d]evemos ficar atentos, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos; e ao ser identificado como o responsável pelo "projeto terapêutico" estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde" (MERHY, 1998, p. 129-130).

Nesse agir em saúde, cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura, ou seja, com uma doença terminal, exige mais do que conhecimentos técnico-científicos. É preciso mais do que nunca compreender a individualidade do sujeito, mantendo um relacionamento interpessoal vivo e vibrante. O término dos recursos para cura não significa que não há mais o que fazer. Nesse momento, outras práticas podem ser oferecidas ao paciente e à sua família, dentre as quais diminuir o desconforto, aliviar a dor e reconhecer um lugar ativo no qual o diálogo entre todos os envolvidos seja constante, com a explicitação num diálogo aberto sobre as possibilidades de ação da equipe e o que o paciente deseja como conduta para os momentos finais da sua vida. A proposta é de uma atenção que, se não pode ser mais curativa, pode ainda ter o objetivo de aplacar o sofrimento e potencializar a qualidade de vida do sujeito. Esse tipo de atenção é um cuidar que leva em conta o quanto o paciente pode ter de autonomia, de possibilidades de escolha, ou ainda, de vontade de exercer sua autonomia. Quando é possível construir a percepção no paciente de que ele é um sujeito e não um objeto a ser cuidado por outro, seja profissional, seja familiar, isso não necessariamente afeta

a autonomia desse sujeito. Esta só é afetada quando acontece uma relação de dependência, de sujeição nas relações.

> [...] na relação médico-paciente (ou nas demais relações sociais), defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles. A relação é – e deve permanecer – heterogênea, diversa, plural, reconhecendo-se, porém, que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente (SOARES; CAMARGO JR, 2007, p. 65).

O reconhecimento que a centralidade da atenção deve estar no paciente parece permitir um tipo de cuidado no qual não é conhecido apenas os mecanismos que levam à doença, mas há também uma busca por aproximar-se do outro numa relação de seres humanos. Cuidar é o que há para ser feito nos cuidados paliativos, e esse cuidado é intenso e potencialmente desgastante para todos os envolvidos, quais sejam: paciente, família e equipe.

Metodologia

Este trabalho buscou entender como o cuidado e a autonomia dos pacientes em cuidados paliativos são percebidos pelos profissionais da área de saúde que na sua prática diária fazem parte de uma equipe de cuidados paliativos.

Com esse objetivo, o campo da pesquisa foi uma equipe multiprofissional de um Ambulatório de Cuidados Paliativos que integra um serviço de atenção oncológica de um hospital público do estado do Rio de Janeiro. Esse núcleo foi cadastrado em 1999 como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON I) e posteriormente, em 2008, passou à condição de Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), adequando-se ao estabelecido em dezembro de 2005, pela Portaria nº 741 do Ministério da Saúde, na qual foram revistos os conceitos de UNACON e CACON, e que prevê que essas unidades disponham de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, incluindo desde o diagnóstico do caso, passando por assistência

ambulatorial e hospitalar, atendimento de emergências oncológicas, até os cuidados paliativos. Na UNACON, é oferecido tratamento para os cânceres mais prevalentes no Brasil e no CACON, tratamento para todos os tipos de câncer. Ainda para se adequar ao que estabelece a portaria, houve um esforço em incluir a necessidade de implantação e/ou sistematização de Unidades de Cuidados Paliativos, o que só se tornou possível ao núcleo em questão a partir de 2007, quando houve a contratação de médicos paliativistas e o incentivo da gestão – daquele momento – em qualificar profissionais já existentes.

O Ambulatório de Cuidados Paliativos é formado por duas médicas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma nutricionista e duas psicólogas. Excetuando as psicólogas, que prestam serviço voluntário, todos os demais membros da equipe são funcionários do hospital, variando seu tempo de serviço entre cinco e 20 anos. Nesta pesquisa, houve a participação de toda a equipe, menos de uma psicóloga.

As enfermeiras e a assistente social trabalham 30 horas semanais, a nutricionista, 12 horas e a psicóloga, 16 horas semanais. Quanto às médicas, uma trabalha 20 horas e a outra, por dividir sua jornada com a clínica da dor, trabalha seis horas semanais em cuidados paliativos. A equipe vem atuando junta no ambulatório entre quatro e cinco anos.

O ambulatório encontra-se no mesmo espaço físico do serviço de atendimento oncológico, utilizando o mesmo serviço de recepção e marcação e, quando é o caso, a mesma sala de quimioterapia. A assistente social, a nutricionista e a psicóloga têm contato com o paciente desde o diagnóstico oncológico e o acompanham em consultas periódicas até que, se for preciso, ele seja encaminhado aos cuidados paliativos para a continuidade no atendimento. O que efetivamente muda na passagem do tratamento curativo para o paliativo, em relação à equipe, são as enfermeiras e as médicas.

No caso da psicologia, mesmo após a morte do paciente, há o oferecimento da continuidade do atendimento à família no trabalho de elaboração do luto. A procura dos familiares a esse atendimento tem aumentado gradativamente. A psicóloga acredita que isso está ocorrendo por uma maior e melhor divulgação do trabalho. Em 2013 houve a criação da Roda de Conversa, espaço aberto aos familiares e aos cuidadores, que são convidados a participar para partilhar suas

experiências, angústias e dúvidas numa tentativa da equipe de dar voz e apoio a esses cuidadores. Essa Roda ocorre uma vez por semana, com a presença variada dos membros da equipe.

A chegada do paciente ao atendimento oncológico muitas vezes ocorre quando o mesmo já está com a doença em estado avançado. Isso pode acontecer pelas mais variadas razões, entre elas a ignorância, o medo e a dificuldade no acesso à rede de saúde pública. Dependendo do estadiamento da doença, o paciente pode ser encaminhado direto ao ambulatório de cuidados paliativos. Outras vezes, ele passa do tratamento curativo para o paliativo. Mas já começam a ser observadas solicitações para um atendimento concomitante.

De forma geral, o paciente tem uma sobrevida de no máximo 60 dias após o encaminhamento ao ambulatório de cuidados paliativos, isso se traduz, na prática, em até três consultas.

Essas consultas são feitas com todos da equipe que estiverem no horário e não se restringem apenas ao paciente, sendo também extensivas à família e/ou ao cuidador principal. Aos membros da família, é disponibilizado um número de telefone, por meio do qual eles podem tirar dúvidas ou pedir orientação complementar. O atendimento é exclusivamente ambulatorial, não havendo atendimento domiciliar ou emergencial. O paciente muitas vezes não volta à consulta agendada por absoluta incapacidade de sua condição física para locomoção. Quando é detectada a ausência do paciente, é feita uma busca por meio do telefone. Nessa busca, pode ocorrer o informe do óbito à equipe ou são feitas orientações complementares à família.

O conteúdo teórico para a pesquisa teve como base a revisão bibliográfica sobre o tema pesquisado nos documentos oficiais, em livros, em artigos e em teses. Recorreu-se às seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com a utilização das seguintes palavras-chave: cuidado, autonomia, cuidado paliativo e terminalidade. A busca foi feita utilizando as palavras de forma individual e combinadas. A seleção dos artigos deu-se, inicialmente, por meio da leitura de seus resumos, numa aproximação parcial em relação aos objetivos pretendidos. Assim, foram selecionados 42 textos para a efetiva leitura.

A aproximação com o campo de trabalho ocorreu em setembro de 2013, com a apresentação da pesquisadora e da proposta da pesquisa à direção do setor que faz a assistência oncológica. As entrevistas foram autorizadas pelo diretor do hospital, pela chefe da oncologia e pela chefe do Ambulatório de Cuidados Paliativos. Foi convidada a participar a equipe de profissionais desse ambulatório, que é formada por duas médicas, duas enfermeiras, duas psicólogas, uma assistente social e uma nutricionista. Foi excluído quem não pôde ou não quis participar. As entrevistas levaram entre 50 a 90 minutos e foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no próprio ambulatório, durante o período de trabalho do profissional, sendo previamente agendadas com eles e tendo autorização verbal para serem gravadas. Posteriormente, para o levantamento dos dados, essas gravações foram integralmente transcritas. Os sujeitos da pesquisa estão identificados como: médica 1 (M1), médica 2 (M2), enfermeira 1 (E1), enfermeira 2 (E2), psicóloga (P), assistente social (AS) e nutricionista (N).

A pesquisa de abordagem qualitativa aqui proposta, com enfoque no estudo da percepção do profissional sobre autonomia e cuidado dos pacientes em cuidados paliativos, fez uso da teoria das representações sociais para fundamentar a análise de conteúdo, na modalidade "análise temática", que foi aqui utilizada como método de análise. O conceito de representação social implica o que Wagner (2011) apresenta como um processo social que se desenvolve por meio da comunicação e do discurso, em que significados e objetos sociais são construídos e elaborados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual semiestruturada, para responder aos objetivos determinados. Entendeu-se que:

> As técnicas verbais são, sem sombra de dúvida a forma mais comum de acessar as representações. [...] Há sem dúvida alguma, uma nítida preferência pelo emprego de entrevistas abertas conduzidas a partir de um roteiro mínimo. Dar voz ao entrevistado, evitando impor as pré-concepções e categorias do entrevistador permite eliciar um rico material, especialmente quando este é referido às práticas sociais relevantes ao objeto da investigação e às condições de produção das representações em pauta (SPINK, 2000, p. 100).

As entrevistas com questões abertas buscaram saber o tempo e a carga horária de trabalho na unidade paliativa, como foi que esse profissional começou a trabalhar naquele setor e sua experiência anterior, de que forma ele entende o que é cuidado e autonomia e como ele percebe, na sua prática diária, esse cuidado e a autonomia dos pacientes em cuidado paliativo.

Para a análise do material, foi adotada a técnica de análise do conteúdo, que é

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2011, p. 44).

Gomes (2001) propõe que podemos destacar duas funções na aplicação da técnica de análise de conteúdo: uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões e a outra, à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, sendo que, na prática, as duas podem se complementar e serem aplicadas a partir de princípios da pesquisa qualitativa.

Bardin (2011) define a análise de conteúdo como um método muito empírico e que não pode ser desenvolvido com base em um modelo exato. O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens é organizado em três etapas distintas, que, de acordo com Minayo (2010), são: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Seguindo as etapas acima citadas, executou-se na pré-análise a exploração do material para compreensão geral do enunciado de cada entrevista, por meio da leitura flutuante, com o objetivo de constituir um corpus e identificar as ideias que correspondiam às categorias de análise.

A exploração do material, na segunda etapa, caracterizou-se por organizar o texto por temas. A análise temática é uma das modalidades da análise de conteúdo, que consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência

de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

Sidrim (2010, p. 63) comenta que o "agrupamento por temas compõe universo de possibilidades de tratamento dos dados por análise de conteúdo". Os temas foram então construídos quando foi possível, após a leitura do material, para identificar os assuntos abordados e seus detalhamentos. Após essa identificação, foram feitos recortes de trechos e frases que representassem unidades de registro. Essas foram agrupadas nas categorias de análise que estavam ligadas aos objetivos da pesquisa. Assim, os temas que emergiram foram:

1. Percepção de cuidado
   1.1. Cuidado como conhecimento técnico
   1.2. Cuidado como acolhimento

2. Percepção de autonomia
   2.1. Autonomia como conceito
   2.2. Autonomia na prática profissional
   2.3. Crítica ao conceito de autonomia na prática

No primeiro tema, está a percepção do profissional de saúde sobre o cuidado e como este se apresenta na prática diária. O segundo apresenta a forma como ele percebe as possibilidades de autonomia do paciente fora de possibilidade de cura. Com esses elementos, foi possível buscar significados e agrupamentos de dados importantes ao contexto da pesquisa.

Na etapa final, realizou-se a interpretação dos dados obtidos. Para tanto, foi necessário recorrer ao marco teórico, visto que o sentido da interpretação foi dado pela articulação entre esses dados e a fundamentação teórica.

A pesquisa foi elaborada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada, em julho de 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antônio Pedro e vinculada à Plataforma Brasil – Ministério da Saúde. A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas, envolvendo seres humanos para todo o Comitê de Ética

em Pesquisa e para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – sistema CEP/CONEP. O projeto está registrado nessa plataforma sob o número 17506513800005243.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos profissionais, evidenciando a garantia do anonimato de cada participante e o caráter voluntário da participação, sem envolver nenhuma forma de pagamento.

Resultados

Os temas foram construídos após a leitura do material, identificação dos assuntos abordados e seus detalhamentos. Em seguida, foram feitos recortes de trechos e frases que representassem unidades de registro, os quais foram agrupados nas categorias de análise que estavam ligadas aos objetivos da pesquisa. Apresentamos, assim, os temas que emergiram:

A representação social da categoria "cuidado"

Na categoria de análise "cuidado" surgiram duas subcategorias, que perpassam a construção das representações sociais do profissional de saúde frente ao cuidado em cuidados paliativos. São elas: cuidado como conhecimento técnico e cuidado como acolhimento.

Para Moscovici (2011) todas as representações sociais são construídas por meio de um processo no qual é possível localizar sua origem, uma vez que essas estão inscritas num referencial existente anteriormente e que por sua vez ancora valores. Ressalta, ainda, que a forma como se concebe uma ideia orientará a forma como a atividade será executada à medida que se cria prática adaptada à concepção existente.

As experiências acumuladas ao longo da trajetória de um grupo são produtoras de esquemas de percepção, de pensamento e de ação que orientam os indivíduos, assegurando-lhes a conformidade e constância de certas práticas através do tempo. Segundo Jodelet (2001), a representação social de um objeto dá-se coletivamente e torna-se específica a um conjunto social. Assim considerada, essa representação constrói-se culturalmente seguindo os eventos vivenciados por indivíduos que, dividindo o mesmo espaço de vivência, comunicam

e produzem significados e sentidos para cada uma de suas ações. Tais significados e sentidos tornam-se, portanto, parte integrante do sistema de identificação social dos indivíduos.

Percepção de cuidado

Cuidado como conhecimento técnico

A representação histórica construída a partir dos últimos séculos das profissões de saúde está ligada à ideia do profissional que cuida, resolve e cura. Pessini (2001, p. 217) comenta que "existem dois paradigmas vinculados a ação de saúde, o curar e o cuidar".

Cuidados paliativos constituem uma modalidade terapêutica integrada e multidisciplinar ligada ao paradigma do cuidar. Configura-se como uma tecnologia leve que busca resgatar a humanização perdida nas modernas ações de saúde. Merhy (1998) sinaliza que o que mais importa aos pacientes são os elementos vivos da base do núcleo cuidativo, ou seja, ser acolhido com responsabilidade e verdadeiro vínculo de afeto. Na fala a seguir, a forma como a equipe se relaciona entre si e como tenta se relacionar com os pacientes na montagem do projeto terapêutico e na tentativa da construção do vínculo fica demonstrada:

> AS - Não sei se é por conta da finitude, da questão da impossibilidade terapêutica e da, da dificuldade dos profissionais darem conta disso sozinhos, né, então a gente tem um trabalho mais integrado onde esse paciente fica no consultório e todos os profissionais passam por ele, então você termina tendo uma interlocução maior entre a equipe, né? [...] eu acho que o projeto terapêutico é construído mais junto, entendeu? E aí dá um conforto maior, ele (o paciente) não se nega a vir, a gente tem pacientes que vem até... e no dia seguinte morrem, entendeu? Vêm até o final, vêm e meio se despedem, bem interessante, é um outro tipo de, de atendimento.

A filosofia nos cuidados paliativos é trabalhar para manter níveis de qualidade de vida, pois não existe a possibilidade da cura. A compreensão desta "impossibilidade" de tudo curar do profissional fica explícita nas falas abaixo e demonstra uma nova representação, ou nova ancoragem, familiarizando o conceito de que existem muitas limitações para as possibilidades de cura.

> M1 - A grande maioria das doenças a gente não cura, né? Algumas infecções a gente cura, nenhuma outra a gente cura, são todas crônicas. Você controla.

> M2 - Uma coisa que eu acho muito estranha, que as pessoas falam que o cuidado paliativo é uma coisa "diferente" e que eu acho muito estranho quando eu percebi isso durante a formação, é que assim, a medicina cura muito pouco, né, hoje em dia a gente cura muito pouco, cura doença infecciosa, cura alguns tipos de tumor e o resto a gente arranca, não cura.

Nas falas aparece também uma preocupação da representação social feita do profissional que se dedica ao cuidado paliativo como aquele que cuida dos mortos, aqui marcadamente na fala de M2, mas que é demonstrada nos comentários dos outros profissionais entrevistados.

> M2 – [...] É, do médico de atestado de óbito, na verdade, eu brincava muito na oncologia, "lá vem a doutora da foice, né, a doutora da foice, capa preta, foice, lá vem a doutora da foice".

Outra questão que surge é relacionada à dificuldade do acesso do paciente ao atendimento quando sua doença está em estado avançado, há uma relação entre o local onde é localizado o quarto/cama e a possibilidade de cura.

> M1 - Olha só, ninguém quer que seja o final lá no quartinho escuro, lá no quartinho dos fundos, que não seja ouvido, tratado e conduzido com toda dignidade, com toda técnica que existe dentro disso.

Os profissionais que trabalham em cuidados paliativos atuam basicamente no cuidado. O conceito de cuidado perpassa por todas as profissões da área da saúde. Para Ayres (2004b, p. 74), pode-se "atribuir ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento", ligado a uma capacidade de realizar um procedimento ou a uma visão mais ampla de cuidado como vínculo, acolhimento e responsabilização.

Nas falas, principalmente das médicas e enfermeiras, há preocupação em marcar que a atenção nos cuidados paliativos tem um lado de

extrema competência técnica, que há um manejo estritamente técnico para redução de dor, odor etc.

> E2 - Primeiro lugar, técnica é mostrar pra ele que eu tenho o conhecimento científico, vamos dizer assim, da área, para que ele tenha confiança em mim, que confie em mim, isso é primordial, que ele entenda que eu sou uma profissional, que eu tenho conhecimento de causa pra cuidar dele como paciente.

> M1 - Eu preciso de ter uma avaliação, eu preciso entender a doença de base, conhecer a doença de base, saber como que essa doença evolui, avaliar esse paciente e identificar em qual momento a nível de prognóstico, de sobrevida, antecipar problemas que possam acontecer, então eu tenho que abordar cada sintoma como sendo muito importante entendendo que isso muda, né, com o espaço de tempo muito curto e que eu tenho que antecipar e eu tenho que medicar e eu tenho que reavaliar o quanto que eu tô tendo de controle de sintomas com aquele paciente. Pra eu exatamente, eu deixar ele no período talvez mais difícil da progressão de uma doença, mas eu garanto que ele não vai ter dor, que ele não vai ficar nem vomitando a alma, que ele não vai ficar com falta de ar até dizer chega, seria a garantia que eu posso oferecer em relação aos sintomas físicos, de alguma maneira perpetuando que esse paciente possa viver melhor até o tempo que ele tiver que viver.

Tentando definir cuidados paliativos, Pessini e Bertachini (2005, p. 495) colocam que este é "um campo científico e não-científico ao mesmo tempo, onde pessoas se organizam para lidar com suas próprias dificuldades". A preocupação com a demonstração de cuidados técnicos parece estar ligada à tentativa de legitimar o trabalho como algo científico, distinguindo-o de carinho, atenção e zelo.

> E2 - Cuidado é técnico né, cuidado é técnico, o carinho acho que é pessoal, é do ser humano, é do ser humano, não do profissional, o carinho é do ser humano, o cuidar, o cuidado é do profissional.

Apesar dessa insistência com o técnico, cuidado não se limita a realizações de técnicas e procedimentos terapêuticos objetivos. Ayres (2004b, p. 22) fala de uma "permeabilidade do técnico ao não técnico, do diálogo entre essas duas dimensões interligadas".

> P - É a tua competência, é você fazer o teu trabalho, como deve ser feito, visando o bem estar desse paciente, né, usando as técnicas que você dispõe. O vínculo vem e, ajuda muito no resultado final desse, cuidado.
>
> AS - O cuidado acho que é uma coisa mais abrangente e ampliada, é... eu eu não creio que o cuidado seja os procedimentos ou as intervenções pontuais que existem num tipo de atendimento. Acho que o cuidado estaria vinculado a um encontro entre o profissional e o paciente, aquele que é cuidado né, seja a família, seja o próprio paciente e nesse encontro é que se decide e se define as prerrogativas necessárias.

Essa permeabilidade permite um elemento subjetivo que remete à dimensão humana e de sentido da existência. Este elemento fica marcado na fala de toda a equipe pesquisada: a preocupação com o acolhimento e o vínculo.

Cuidado como acolhimento

Nas falas, é possível perceber que as representações sejam distintas no que diz respeito ao atendimento curativo e ao paliativo. No atendimento paliativo, evidencia-se maior preocupação e um maior investimento de tempo e de atenção no cuidado no sentido de acolhimento, que são explícitos em:

> E1 - É diferente quando você recebe um doente que você vai buscar a qualidade de vida dele... o cuidado dele... e... isso tem toda uma técnica também... a gente tem... uma técnica de analgesia, de hidratação, de curativo... a gente não abre mão da parte técnica. Mas tem uma parte relacional, uma parte de... de escuta e de atenção que tem que tá muito ampliada, porque você não tá ali pra cuidar só do físico dessa pessoa... É... Você vai ver todas as dimensões dela.
>
> P - Cuidado vai desde acolhimento, sim, até atender às necessidades dele, clínicas, né, então esse, esse cuidado perpassa recepção, hã, o atendimento médico, psicológico, serviço social, nutrição, farmácia, tá, todas essas disciplinas que podem se envolver nesse acompanhamento e nesse tratamento desse paciente.

Cuidado como acolhimento aparece numa dimensão dialógica, na forma de um interesse verdadeiro em ouvir o outro e uma preocupação com a qualidade dessa escuta, não só do paciente, mas também da família, que, nos cuidados paliativos, tem papel fundamental no atendimento. Nas falas isso aparece como uma forma diferenciada de cuidar e de lidar com o paciente.

> P - Acolher o paciente pra que ele se sinta bem atendido, pra ele, hãn, possa se sentir minimamente seguro, né, de que ele tá sendo, de que ele é importante pra esse serviço.

> E1 - Tem que tá preparada e aberta pra poder cuidar de uma forma diferenciada. Principalmente com uma escuta maior, com uma atenção... ao silêncio, o respeito a... à dignidade humana e à qualidade mesmo de vida. [...] é você não ter uma necessidade imensa de... de preencher os vazios. É você deixar os vazios, quando eles acontecerem, os silêncios... é você não... não correr com uma expectativa, uma ansiedade de preencher aquilo, de ter uma resposta pra tudo. Muitas vezes eu não vou ter resposta, eu só vou escutar.

> N1 - Quando ele chega no cuidado paliativo algumas condutas terapêuticas de nutrição já não têm muito sentido, então você quebrar aquela orientação inicial, o que que pode, o que que não pode mais comer, você explicar que agora talvez ele possa sim tá experimentando novamente aquele alimento que ele excluiu por causa da doença no início [...] isso pode ser sim um agregar a ele um tipo de qualidade de vida, de você poder deixar o seu paciente, por exemplo, se ele for nordestino, comer uma comida nordestina, mesmo que em pequena quantidade.

A preocupação com a escuta está presente também na atenção de possibilitar maior capacidade resolutiva das demandas.

> AS - Nos cuidados paliativos, a gente, tudo que é solicitado é pra ontem, então a gente faz tudo no mesmo dia, qualquer documento sai no mesmo dia, o médico assina no mesmo dia, as meninas lá da recepção fazem no mesmo dia, então é diferente, é diferente, até o caminhar da coisa é diferente, entendeu?

Outro elemento presente na percepção de que o cuidado é diferenciado quando está ligado ao paliativo é a construção do vínculo. Merhy (1997) destaca que

> [...] criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, nos sentindo responsáveis pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática nem impessoal.

A construção do vínculo está presente como elemento norteador do trabalho do grupo.

> AS - Nos cuidados paliativos, é, eu nem sei como eu posso falar isso pra você, mas assim, existe um vínculo tão grande da equipe com esse paciente que eu tenho depoimentos de pacientes que dizem assim "ah, eu gosto muito de vir aqui, eu fico bem só de vir aqui".

> E2 - Às vezes, tá me machucando também muito, aí eu brinco, converso, tento desviar um pouquinho a atenção dele daquilo e acabo fazendo com que ele ria, ele mesmo e conversa e foge daquele assunto da doença e fala da família, mas também, não deixando de numa hora que ele me dá uma brecha, deu falar da morte pra ele, como um processo natural.

A equipe, por meio da escuta, faz com que o paciente e sua família se sintam acolhidos em suas dores, demandas, dificuldades, estabelecendo o vínculo. O paciente, por sua vez, torna-se reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O vínculo não deve ser apenas entendido como o retorno do paciente à mesma unidade, mas principalmente no sentido de conhecer os problemas e como algo que liga profissional e sujeito de modo recíproco. É resultado de uma construção social e de esforço multiprofissional.

> E1 - Não tem uma receita de bolo, tem até uns protocolos que a gente tem que seguir mesmo, mas uma receita de como cuidar do outro não existe. É você estar na frente e você estar aberta pra ouvir e pra todas as possibilidades, pra saber o que que o outro quer e o que que você tem pra oferecer, então é sempre uma troca.

Percepção da autonomia

Autonomia como conceito

A equipe de cuidados paliativos apresenta nas suas falas o conhecimento teórico de autonomia como possibilidade de escolha, sendo essa garantida pelo acesso à informação e pela capacidade de

compreensão. A autonomia possui ainda vários graus, dependendo do momento do sujeito.

> M1 - Autonomia, acho que é o direito do paciente e da família do paciente em tomar uma decisão desde que eu garanta a ele que, que eu primeiro tenho a capacidade técnica pra saber de tudo, que eu possa comunicar com ele, né, informar tudo que está acontecendo, tudo que pode acontecer e que ele tenha a capacidade de julgar e tomar a decisão sabendo que tudo existe um risco um benefício, mas são escolhas e a autonomia permeia isso, a capacidade que ele tem de entendimento e de julgamento pra ele poder tomar a decisão.
>
> M2 - Eu considero que tem pacientes que chegam com graus diferentes de autonomia, não só autonomia física, mas autonomia psíquica, de decisão.
>
> E1 - Eu vejo autonomia como um direito e uma capacidade. Direito que o paciente tem de fazer suas escolhas. Mas é importante que ele tenha capacidade de fazer isso também.
>
> P - Autonomia é quando a pessoa, pelo menos é o que se define, é quando a pessoa ainda pode optar, opinar, é quando ela ainda pode decidir.
>
> AS - Autonomia, eu acho que é a determinação da pessoa, entendeu? A pessoa tem a liberdade consciente de todas as prerrogativas, né, daquela situação e possa fazer uma opção.
>
> N - Acho que autonomia são as pequenas coisas que o paciente sempre teve a escolha.

Teoricamente, o conceito parece estar estruturado e compreendido por todos os membros da equipe. As divergências surgem com relação à possibilidade de colocar tal conceito na prática diária do atendimento.

> AS - Eu tenho isso na minha cabeça, mas vez por outra você se toma tendo uma atitude mais autoritária, aí você fala de autonomia e na verdade na hora H a coisa não acontece dessa maneira, entendeu?!

Autonomia na prática profissional

A primeira frase dita por uma enfermeira quando perguntada como ela percebia a autonomia do paciente e que parece expressar a percepção de todo o grupo sobre o tema é:

> E2 - Autonomia é complicado.

Para que a autonomia seja exercida, é necessário que o paciente seja instrumentalizado com informação e que tenha compreensão das possibilidades atuais de seu tratamento. Essa instrumentalização vai sendo mais ou menos prejudicada pela própria ideia que o profissional faz das competências daquele sujeito. Hossne (2008) faz a observação de que o princípio da autonomia surge no século XVIII e que foram necessários três séculos para que ela fosse incorporada à relação médico-paciente, o que somente ocorreu a partir da década de 60 do século passado. Portanto, a representação do sujeito como sendo "paciente", ou aquele que sofre uma ação, ainda é muito presente.

Na prática, longe do discurso teórico, há uma relação de poder na qual o *eu sei o que é melhor para você* ainda se mostra presente. Apesar de visíveis esforços, esse ainda parece ser o universo consensual deste grupo pesquisado.

> AS - Autonomia, é um conceito que hoje é muito e difundido e discutido mas que nas práticas fica ainda devendo muito.

Para alguns profissionais é razoável, no seu campo de atuação, tentar convencer o sujeito não só pela convicção intelectual de que aquilo é necessário, como também muitas vezes para deixar o profissional "feliz". Na fala também aparece certa angústia entre o que o profissional sabe intelectualmente da teoria e o que ele sabe e sente na sua prática.

> E2 - Eu tento até conseguir, ele acaba cedendo pela minha persistência, o meu jeitinho e eu brinco, eu, aí eu volto lá no mesmo ponto e ele acaba cedendo, acho que até pra me agradar, mas depois fica satisfeito, *"tá vendo, se o senhor não me deixasse fazer, olha aí, tá vendo?"*. É muito difícil, é muito difícil, de respeitar em determinadas situações, é muito difícil.

Aparece, ainda nas falas, a conscientização da dificuldade do próprio paciente em exercer sua autonomia, dificuldade essa que é anterior à sua situação no cuidado paliativo. Porém, existe também a percepção de que naquela equipe há a preocupação em tentar mudar isso, num esforço dos próprios profissionais em ter outra postura.

> E1 - Eu acho que ele tem uma dificuldade de exercer, ele já vem com essa dificuldade de exercer autonomia pela questão física,

> pela questão cognitiva, pela falta de informação de que ele tem o direito de exercer autonomia. Também pela nossa estrutura médica, biomédica que a gente tem. Não só médica, todas as profissões, né? A nossa formação é muito prescritiva, de falar o que o outro tem que fazer. Eu acho que dentro do cuidado paliativo a gente tem esse cuidado maior.

A mudança de postura também se reflete nas relações entre profissional – família – paciente, nas quais há o incentivo para que as famílias apoiem e aceitem as decisões tomadas pelo paciente.

> E1 - Algumas vezes a gente tem que negociar com a família também. E negociar pra que a vontade do paciente, muitas vezes, é... não fique submetida à vontade dos familiares.

> M1 - A autonomia esbarra em alguns limites às vezes, né, mas é um tripé, a equipe, a família e o paciente. Se algum desses é muito fragmentado, fica mais fragmentado todo o cuidado.

Parece surgir uma nova ancoragem, da qual emerge a representação de um paciente um pouco mais potente, pois suas escolhas são aceitas sem risco de represálias, apesar de ainda aparecer certo desdém dessa posição.

> M2 - Eu tenho a obrigação de esclarecer, é o tal do termo de consentimento livre e esclarecido, você esclarece, mas a pessoa tem a autonomia de dizer que "não quero", por mais que pra mim aquilo seja um absurdo, como pessoa, como médica, mas não tenho como interferir, já teve pacientes que chegaram assim "ah, não me tratei, fiz o diagnóstico, fui embora correndo, nunca mais quis saber" e voltou pro cuidado paliativo, tinha uma oportunidade de tratamento específico naquele momento, perdeu o "time" do tratamento específico, voltou pro cuidado paliativo. Toda ação tem uma reação.

Crítica ao conceito de autonomia na prática/Quando na prática a teoria é outra

Um dos pontos que mais mobilizou o grupo pesquisado foi a distância entre a teoria e as possibilidades da prática. Emergiram questões quanto ao que é possível fazer no atendimento ambulatorial e o que efetivamente é ofertado ao paciente. Essas questões vão além

de ser possível ao paciente decidir ou não sobre o seu tratamento, esbarram na própria possibilidade de ter atendimento.

> E1 - O que a gente vivencia aqui, infelizmente, como esse paciente chega muito agravado, muitas vezes ele tem duas ou três consultas com a equipe e ele, ou é internado em alguma emergência, ou ele morre em casa, então algumas vezes a gente não tem tempo de criar vínculo com ele e com a família.

Muitas vezes o paciente consegue atendimento no hospital com a doença em estado avançado – sem possibilidade de tratamento curativo – e é encaminhado direto ao ambulatório de cuidado paliativo, sem que ele tenha qualquer tipo de preparo ou informação.

> E1 - Do jeito que ele chega pra gente, muito debilitado, isso pode dificultar essa autonomia. E outra coisa: pra que ele exerça autonomia, ele tem que ter informação. É, é uma outra coisa que é impossível eu fazer escolhas ou eu pensar sobre o que está acontecendo se não me informam o que que eu tenho, o que que pode ser feito, que vai ser feito. Então ele tem que ter uma capacidade funcional, física, cognitiva e informação. Para que ele possa exercer a autonomia dele.

Na grande maioria dos casos, quem procura atendimento nesse local são pessoas de baixa renda e de baixa escolaridade. Parece que as dificuldades sociais dificultam as possibilidades de autonomia.

> P - Falamos sobre as possibilidades de escolha. Falamos sim. É, que muitas vezes são poucas, pouquíssimas, porque aqui nós atendemos pessoas, muitas, muitos casos de um poder aquisitivo mais baixo, né, e... mas, muitas dificuldades atravessam sabe, pessoas que às vezes recebem uma cesta básica e é disso que eles vivem. Aqui a gente depara com situações de toda ordem.

> AS - Têm alguns pacientes que não têm muito discernimento, têm uma dificuldade de entendimento, né, tive vários, tenho vários e que às vezes, a gente faz os encaminhamentos que sabe que são necessários porque sem aquele encaminhamento daquele benefício concreto ele não vai conseguir fazer a quimioterapia e mesmo assim não faz. Não faz porque não consegue concatenar as coisas, aí a gente tem que chamar a família ou se não tem família ver quem é, um vizinho, alguém que possa tá ajudando nessa rede com o paciente, então às vezes você é mais diretivo, né, mas nem assim dá certo.

Kovács (2003) discute que, para o exercício da autonomia, é preciso que haja seu reconhecimento, sua competência e que existam opções de escolha. Este último item aparece como o maior impedimento para que seja respeitada a autonomia do sujeito, uma vez que o acesso e a oferta de atendimento ao paciente paliativo, quando este agrava, é difícil, sendo ele atendido onde há vaga.

> E1 - A gente não tem visita domiciliar e não temos enfermaria também no hospital para internação desse doente. Se ele precisa de uma internação de emergência ele procura ou uma emergência próxima à casa ou a nossa emergência aqui. Mas aí é uma outra equipe que vai cuidar dele. A gente, é... o que a equipe de cuidado paliativo faz é responder parecer. Quando ele tem uma dor que não é controlada, a equipe médica que está acompanhando ele normalmente na emergência, muuuito raramente ele vai pra enfermaria. Ele fica na emergência. Depois dos sintomas controlados, ele tem alta.

Essa dificuldade de acesso aparece no discurso dos profissionais como uma preocupação com o sofrimento que poderia ser evitado ao paciente.

> E2 - Eu acho que o prejuízo maior, talvez, seja para o próprio paciente que algumas vezes ele vai para emergências diferentes, são equipes diferentes, não sabem o que que é cuidado paliativo, muitas vezes têm medidas mais invasivas, que não precisaria ter, né... por desconhecimento e porque é uma emergência. Então quem tem o prejuízo maior é o paciente.

Mas nota-se, também, certa indignação de que se possa tentar confundir e esconder, sob o manto da proteção do direito à autonomia, aquilo que na realidade pode ser abandono ao paciente e à sua família.

> M1 - E eu não posso me aproveitar dessa palavra pra... por isso que eu não gosto e não gosto... da palavra. Não do que ela significa mas da forma que às vezes é empregada pra dizer que a pessoa tem autonomia. Autonomia é se eu posso escolher, se eu tenho condição de escolher, se o paciente tem condição de morrer em casa ou morrer internado. Ele tem essa condição de escolher? Existe esse recurso? Então é bonita a palavra, né... e aí vem pra emergência, qualquer que seja e você diz assim: "leva pra casa, pra morrer, com

> os familiares, vai ser melhor pra ele...". Quem? Com qual controle adequado dos sintomas? Isso é autonomia? É garantir a assistência?

Portanto, tivemos como resultado final desta pesquisa, a percepção de que o conceito de autonomia demonstrou ser um tema mobilizador, seja no ancoramento de novas representações, seja no sentido de ainda causar desconforto e estranhamento.

Considerações finais

Os dados da pesquisa demonstram que a equipe de cuidados paliativos busca desenvolver em seu trabalho um tipo de cuidado que tem como fundamentos a construção do vínculo, o acolhimento e o respeito ao outro como sujeito. Esse tipo de cuidado, apesar de todo o esforço dos profissionais, no caso pesquisado, fica prejudicado principalmente pela forma como é feito o encaminhamento tardio do paciente. Provoca reflexão a ideia de que as características do cuidado aqui apresentadas deveriam ser a forma de atenção a todos aqueles que buscam o sistema de saúde, e não um modelo especial de atenção no fim da vida, nem uma forma específica de cuidado utilizado por aqueles que atuam em cuidados paliativos.

Outro ponto importante é perceber que, para produzir o tipo de cuidado que seja consoante ao princípio da integralidade, é fundamental construir uma relação dialógica, na qual o outro é tratado como sujeito. Nesse tipo de relação, o princípio da autonomia está inserido. Observamos, porém, que na prática não é o que ocorre. Ainda que alguns graus de autonomia possam estar preservados, os dados apontam que, na percepção dos profissionais, as possibilidades de autonomia de seus pacientes são muito limitadas, causadas principalmente pela dificuldade no acesso tanto à informação quanto aos serviços de saúde.

Como forma de concluir este trabalho, fica a proposta de que seja fomentada a prática, para todos os profissionais de saúde, do cuidado integral. Isso facilitaria a construção da percepção desse tipo de cuidado como uma linha de continuidade na atenção ao longo da vida do sujeito e não como uma prática que surge apenas quando a pessoa é

encaminhada ao cuidado paliativo, ou seja, o cuidado integral seria a prática cotidiana, independentemente do tipo de doença e do estágio em que esta pudesse se encontrar. Como nessa forma de cuidado a tônica do atendimento é o acolhimento, seria garantido ao paciente ser percebido e tratado como sujeito e que como tal, tenha garantidas suas possibilidades de escolha e sua capacitação para a compreensão das alternativas – ainda que limitadas –do seu atendimento, ou seja, a sua autonomia.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 8, n. 14, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832 004000100005>. Acesso em: 14 mar. 2014a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, set/dez. 2004b.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BEAUCHAMP, L.; CHILDRESS, J. Princípios da ética biomédica. 2. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2011.

BOFF, L. *Saber cuidar, ética do humano*. 18. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_ arttext&pid=S1414-32832009 000500007 &lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 jan. 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art text&pid=S1413-1232008000900017&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 10 fev. 2014.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HOSSNE, W. S. A relação médico-paciente, o respeito, a autonomia e paternalismo – Competência do médico. In: SEGRE E COHEN (Org.). Bioética. 3. Ed. São Paulo: EdUSP, 2008.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). *As representações sociais.* Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2001.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, v. 14, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003 000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2014.

MACIEL, M. G. S. et al. *Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*: documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

_____. Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, R. A. et al. (Org.). *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança em saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

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

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, M. C. Técnicas de Análise de Material Qualitativo. In: _____. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 12. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. A. Introdução In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 12. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2011

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciartte xt&pidS0103-210020100 00200010 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PESSINI, L. *Distanásia*: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, out/dez. 2005. Disponível em: <.>. Acesso em: 15 mar. 2014.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JUNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Org.). *Educação médica em transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ABEM, p. 269-284, 2004.

SIDRIM, M. I. C. As representações sociais da reabilitação psicossocial. Curitiba: Ed. Juruá, 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; MELLO-ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/IMS-ABRASCO, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M. O cuidado como categoria analítica do ensino baseado na Integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 11, n. 21, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/ scielo.php? script=sci_art text&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2013.

SPINK, M. J. O estudo empírico das Representações Sociais. In_____. (Org.). *O conhecimento do cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 2000.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes*: policies and managerial guidelines. 2 ed. Genève: OMS, 2002.

Saúde, apoio institucional e transversalidade

Fabio Hebert

A importância dos arranjos concretos

Este ensaio se constitui a partir de um texto escrito para o XIV Seminário de Integralidade, na mesa-redonda "Apoio institucional e fortalecimento da capacidade de gestão municipal: desafios e avanços". Trata-se de um texto que tende para um discurso livre indireto, o que justifica, de certa forma, o estilo e o modo como as referências são convocadas a habitá-lo. Continuo, então, de modo a deixar bem explícita minha pouca competência e capacidade de dissertar sobre temas tão caros para o pensamento dos companheiros tão especiais que compartilham comigo esse espaço.[1] Sendo assim, conto com a generosidade dos leitores. Trago alguns apontamentos e impressões sobre "práticas" de apoio institucional, articuladas a essa noção de "capacidade" de gestão.

Considero importantes tais impressões, porque expressam um exercício de pensamento situado em uma paisagem onde nos produzimos como sujeitos ao inventar o real. E é nesse ponto que, particularmente, penso ser mais potente tal exercício. Uma crítica deve estar ali onde estão nossos desafios. Esses desafios são aquilo que forçam a produção de um saber em constante diferenciação de

[1] XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, realizado em Porto Alegre, em 14 de outubro de 2014. A mesa-redonda contou com a participação dos professores Dário Pasche, Gustavo Nunes e Liane Righi.

si mesmo. Não se trata de algo constituído por uma "interioridade", mas por aquilo que lhe é fora. Por um processo anti-identitário.

Talvez um desses grandes desafios hoje, para as práticas de apoio, seja a limitação do processo de institucionalização à sua dimensão instituída. Limitar algo a sua dimensão instituída significa, como nos lembra a escola institucionalista francesa (LOURAU, 1993; 1995; 2008), instantaneamente a perda da capacidade de análise – capacidade de "avaliar com" –, de avaliar os efeitos das práticas.

Outro ponto importante: qualquer avaliação só faz sentido na perspectiva que apresento, na relação situada com os efeitos das práticas. De outro modo, potencializa-se o risco de que as questões apresentadas para o cuidado em saúde sejam objetos do esforço de um sujeito investido da autoridade "necessária" a uma divisão técnica e social do trabalho ou de um enquadramento das experiências de cuidado a indicadores e avaliações transcendentes e sem sentido para a vida das pessoas.

Em princípio, esse desafio nem seria somente das práticas de apoio, mas do próprio SUS. Há um modo de se fazer gestão dos processos de trabalho que atravessa e constitui o SUS, que se dá como exercício de verticalização ou horizontalização das relações. E aqui, mais que desafio, o que aparece é o perigo de as práticas de apoio se conectarem nesses modos de gestão. Em um modo tradicional de gestão, que se dá nessas verticalizações (as linhas de mando e centralização do poder dos organogramas que hierarquizam o fazer) e nas horizontalizações (divisão por corporações ou "igual só fala com igual"), o fazer cotidiano precisa ser expurgado daquilo que, mesmo virtualmente, pode ser entendido como conflito. O conflito é aquilo que interfere na produtividade! O conflito expressa, ou melhor, pode tornar explícitos, processos de constituição do real e relações de poder, que ao Capital interessa invisíveis.

No contexto dessa discussão, ao falarmos do conflito, tratamos de certos efeitos dos modos hegemônicos de organização dos processos de trabalho em saúde. E quando pensamos no apoio é exatamente o conflito que se torna matéria-prima. Aprender a lidar coletivamente com os conflitos (e não excluí-los) permite que se produzam outras experiências e outros sentidos para as atividades, nas quais surgimos

como sujeitos trabalhadores. Nem a verticalização das hierarquias duras, nem a horizontalização dos corporativismos fragmentadores. Mas uma transversalidade, como embaralhamento desses códigos e sobrecodificações do modo de produção capitalista (GUATTARI, 2004; LOURAU, 2004).

> A descoberta da transversalidade é descoberta de conflitos, porque lugar das resistências do não-dito. O poder vive e se nutre de escondido, de não dito: portanto, na maior parte das vezes, é muito difícil revelar, ou deixar que outros revelem, essa familiaridade, essa vinculação com o poder. (ALTOÉ, 2004, p. 133).

Trabalhar na perspectiva da transversalidade implica dessa forma, a criação de arranjos concretos que possibilitem as análises coletivas dos processos de trabalho.

> A transversalidade, ou "coeficientes de transversalidade", exprime-se como experiência de amplitude, de liberdade diante do que parece já constituído. Configura-se como graus de abertura nas formas já dadas de organização do trabalho e de experimentar as relações. (BARROS et al., 2014, p. 95)

Desse modo, em meu entendimento, dois princípios fundamentais não poderiam ficar de fora no debate sobre o apoio: a conexão com as práticas ou desafios concretos do SUS e a noção de *transversalidade.*

Algumas cenas-dispositivos

Quando o apoio se conecta a esses desafios, que são desafios do SUS... Quando as condições de embaralhamento desses códigos (verticalidade-horizontalidade) se constituem, há uma modulação significativa nas problematizações naquilo que se constitui como problema para os coletivos. Apoiar aparece como outro modo de organizar os processos de trabalho. Aproxima-se da produção de arranjos concretos para cuidar dos desafios concretos do território, de um modo de trabalhar que se constitui em espaços de análises coletivas dos processos de trabalho. Não se trata mais, como nos modos hegemônicos, de adequação às soluções universais e de eliminação dos conflitos, mas de pensar soluções articuladas aos desafios do território e aos princípios constitutivos do SUS.

Trata-se, agora, de expressar uma potência coletiva e situada em realizar análise e em se preocupar em como essa análise reverbera em outros arranjos que continuem a produzir saúde. Mas esse processo não é nada tranquilo.

Construir um Hospital Regional em Palmeira das Missões-RS[2] e poder afirmar em um debate, de modo muito claro e embasado, que embora não haja um só tijolo colocado, que a construção já dura seis anos, não é nada trivial. Atualiza-se não uma noção, mas um modo de vida. É a vida desdobrando-se em exercício insolúvel de pensamento. Construir um hospital é um modo de construir um projeto de saúde, um modo de produzir rede, nas palavras dos movimentos sociais. Isso fala da vida das pessoas! E como os relatos dizem da importância do apoio institucional como potência de articulação dessa rede! Palmeira das Missões, um hospital-dispositivo: seis anos de articulação, de produção de rede, de negociação, de construção de um projeto coletivo de saúde que coloca, lado a lado, movimentos sociais, estudantes, gestores municipais e estaduais, academia. Embaralhamento dos códigos.

No caso do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, encontramos em ato uma preocupação em articular essa capacidade de análise e de leitura do território, com a garantia dos direitos das mulheres e das crianças – preocupação que pressupõe composição e participação. Uma situação que expressa muito bem esse modo de lidar com os desafios é a condução da atenção à saúde da mulher grávida privada de liberdade. Em tese, a mulher privada de liberdade está privada da possibilidade de ir e vir, mas de fato, essa mulher é expropriada de todo e qualquer direito, e em muitos casos da sua própria vida. Mas há um entendimento coletivo, por parte da instituição, que pensar a singularidade do cuidado passa pela criação de uma paisagem; a dignidade não é um mero detalhe ou uma alegoria.

---

[2] Trata-se do acompanhamento da experiência de Apoio Institucional na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, pela pesquisa "Áreas Programáticas estratégicas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional", coordenada pelo LAPPIS/IMS/UERJ. Relatos sobre essa e outras experiência de apoio estão nos dois volumes da coletânea sobre a pesquisa – *Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional e Práticas de apoio e integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa.*

Também não quer dizer que seja tranquilo. Pensar o acolhimento dessa mulher na instituição (a abolição do uso de algema, sua inclusão lateral nas rodas) ou o processo de trabalho de uma agente penitenciária, que não podendo "interagir" com a mulher privada de liberdade, por força do protocolo, precisa "fingir" que não está ali. Essa mesma agente, por vezes, acompanha uma criança por dois ou três meses na UTI neonatal, que também por força do protocolo precisa ser acompanhada. Será possível viver isso sem constituir vínculo? Singularidade, transversalidade e complexidade: "Nunca imaginei que alguém pudesse se preocupar comigo, cuidar de mim, eu estando nessa situação, presa", ou, "Estou aqui para vigiar, mas o que está na minha frente é uma mulher que sente e que merece respeito, que só tem a minha mão para apertar na hora do parto"[3].

Foi possível ver, em alguns territórios e instituições, o apoio servindo de direção para uma efetiva mudança das práticas de gestão por parte das secretarias, inclusive com participação contínua e lateralizada do próprio secretário de Saúde ou diretor de hospital nas rodas e colegiados gestores. Temos, nesses casos, uma produção coletiva que, considerando os indicadores sanitários clássicos, agrega ao funcionamento da rede de atenção à saúde indicadores de transversalidade, de produção de grupalidade, de vinculação corresponsável na construção do cuidado na perspectiva do direito à saúde e da integralidade. Trata-se de uma configuração e relação de forças que produz sujeitos atentos àquilo que produz saúde, à processualidade do real, não sujeitos que não se equivocam e possuem sempre a última palavra.

Pudemos acompanhar o trabalho de um apoiador, em sua tentativa de compartilhar sua preocupação com a pouca abertura para a inclusão dos usuários, de uma gestão que se dizia participativa, em um município do interior do Rio Grande do Sul. A discussão girava em torno da necessidade da realização de reuniões de equipe e da dificuldade de justificar, para os usuários, o fechamento em um turno a cada semana das unidades de saúde. O gestor argumenta que ao fechar uma unidade pelo período que fosse, geraria revolta

[3] Falas de entrevistados, na ocasião da pesquisa anteriormente citada.

na população, que provavelmente quebraria os equipamentos públicos por falta de atendimento. O apoiador pergunta para esse gestor se os usuários já participaram de alguma conversa sobre a importância das reuniões de equipe para o próprio trabalho. A pergunta pode parecer óbvia, mas marca essa dimensão de invisibilidade e naturalização do modo como nos organizamos para dar conta do cuidado e como temos produzido redes. A produção de redes de cuidado, sob certa perspectiva de rede, possibilita transformar e conhecer os modos hegemônicos de organizar os processos de trabalho.

Hoje não é possível pensar em município sem pensar em rede, embora tenhamos paradoxalmente um trabalho no SUS, que se articula em torno de linhas de ação onde o município é que precisa executar o que vem como uma transcendência, pautado pelo Ministério da Saúde e pela gestão estadual. A noção de rede com a qual trabalhamos extrapola a concepção de redes de serviço ou pontos de atenção. Não significa nem que os pontos de atenção não sejam importantes, nem que em um território que possua um número grande de pontos de atenção/acolhimento exista efetivamente uma rede. Uma rede é um arranjo concreto e dinâmico, que efetiva a transversalização das relações e a produção de "nós" que "ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea [...]. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes" (BRASIL, 2010, p. 9). O apoiador apoia a rede e a rede apoia o apoiador.

Quem precisa de qualificação?

Passemos então dessas cenas bem localizadas, sem esquecê-las, para uma tentativa de problematização mais direta do tema desta mesa, principalmente "capacidade" e "qualificação". Quando há a intervenção do apoio, há uma mudança no modo de se organizar o trabalho. E, normalmente, essa mudança é tratada com uma ampliação e qualificação da capacidade de gestão. Trata-se assim, na perspectiva do apoio, da produção de outra qualidade para o trabalho. Entretanto, essa outra qualidade nos convoca a assumir processos de

qualificação do trabalho? Temos, na verdade, todo outro conjunto de questões ou problemas: que qualidade? Que qualificação? Qualificar para quê? Quem seria esse outro que precisa se qualificar? A quem falta qualificação?

Tratar de outra qualidade para o trabalho em saúde diz de uma formação situada. Aprendemos a produzir redes, produzindo. Precisamos por nós mesmos afirmar: "trabalhávamos desse modo e os efeitos eram tais. Agora, trabalhamos assim e os efeitos são outros". Se antes o problema era o usuário que quebraria a unidade básica de saúde, agora é a pauta das reuniões que incluem esse usuário-conselheiro. Se antes havia o problema da mulher privada de liberdade que chegava para parir algemada e gerava mal-estar ao passar diante de uma roda de conversa com outras gestantes, agora a questão é como incluir essa gestante na roda. Essa formação está para além de uma questão formal ou informacional, no sentido de colocar na forma. Não há interesse em formar sujeitos ou coletivos que farão apreensões específicas sobre certos conteúdos. Trata-se de instaurar, ou de inventar coletivamente (com a clareza de que se trata sempre de arranjos provisórios) outros modos de estabelecer relação.

A qualidade está então ligada a esses modos de estabelecer relação, e a esses modos só se acessa em sua dimensão de efeito. Não se trata, dessa forma, de adotar esse ou aquele conjunto de valores impermeáveis a certa necessidade dos desafios cotidianos. Um valor que está associado a um resumo do mundo; trata de algo que não é o próprio mundo, mas de uma negação. A qualidade a que aspiramos diz de valores que não estão dados de uma vez por todas. De forma muito geral, se há uma avaliação necessária, quando dizemos desse processo de "qualificação", é a avaliação dos valores e dos efeitos das práticas. Trata-se de um processo ético e não de um processo essencialmente moral. A ética trata dessa desnaturalização dos valores. É sempre situada. Dessa forma, uma avaliação desse processo de qualificação pode prescindir de valores heterodeterminados, que são indiferentes aos desafios cotidianos dos modos de produção de saúde.

Uma imagem recorrente, para mim, é a fala do amigo Gustavo Nunes, quando traz uma reflexão no VI Congresso Brasileiro de

Ciências Sociais e Humanas em Saúde[4] sobre certa "imposição" de indicadores e "atividades associadas" à Estratégia Saúde da Família, como o exame pré-natal, no âmbito da saúde indígena. E apontou como esse tipo de arranjo ou modo de pensar produção de saúde que tem atração (e essas são minhas palavras) pelo homogêneo e pelo monolítico estão produzindo um verdadeiro genocídio em nome da saúde... Saúde? Podemos também pensar uma qualificação que capacita para esse tipo de ação?

Esses valores transcendentes são a base de uma perspectiva economicista, como apontado, que vê esse índio como pobre (parafraseando o antropólogo Eduardo Viveiros de Castro[5]); vê o outro como pobre. E ao pobre sempre falta algo. É preciso qualificá-lo! É o Estado a favor do Estado.

Visa-se, num certo sentido, romper com o predomínio do cálculo e da lógica que sustenta uma vida e uma noção de saúde utilitarista, onde o valor de uma ação é dado pelo cálculo das consequências. As práticas de saúde não são uma economia das trocas, como as primeiras definições de ecologia que se referiam a uma economia das espécies num ambiente. Romper com esse predomínio de uma vida utilitarista é sair do plano da distribuição para o plano da produção, como na crítica de Deleuze e Guattari (2010).

De fato, não há a ingenuidade que muito comumente atribuímos a esse outro, as pessoas atualizam projetos ético-políticos em suas ações cotidianas, as pessoas produzem o real. Produzir saúde, nessa perspectiva, é paradoxalmente "contra-Estado". É a experiência daquilo que é contingente. Apoiar, nesse caso do índio, é produzir literalmente uma rede que cuida do índio com o índio, não a despeito "de". Trabalhar a "despeito de" é exercitar tão somente a cegueira dos nossos métodos universais, econômicos e exatos.

---

[4] Trata-se do VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado entre os dias 13 e 17 de novembro de 2013, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Campus Maracanã.

[5] Fala proferida pelo professor Eduardo Viveiros de Castro no "Colóquio Internacional Os Mil Nomes de Gaia: do Antropoceno à Idade da Terra", realizado de 15 a 19 de setembro de 2014, na Casa de Rui Barbosa, Rio de Janeiro. Os vídeos do evento estão disponíveis em http://www.youtube.com/c/osmilnomesdegaia.

Afirmar, através de nossas ações cotidianas na saúde, essa pobreza, não seria também um modo de gestão da vida? Quando pensamos esse outro a que visam nossas ações, como pobre, não seria um modo de governá-lo? Não temos pensado em como deixamos o "outro" falar? Em muitos casos, seria o mesmo que se afirmássemos: "Te deixo falar, mas nos meus termos".

Não temos pensado as políticas públicas, não só de saúde, primordialmente dessa perspectiva da pobreza? Quando pensamos no pobre, trata-se de pensar numa diferença por quantidade, um "eu" menor para quem falta algo. É pensar o outro do ponto de vista estatístico. O que é muito diferente, de pensarmos esse outro de um ponto de vista afirmativo, como índio, como mulher, como coletivo, como histórias, como diferença. A atividade do cuidado se expressa por uma ação de composição, e no primeiro caso, por inclusão diferenciada.

Talvez fosse interessante, sim, tratar o pobre como índio. A pobreza não é, nunca será e jamais foi algo inexorável. A "indianidade", sim!

Não adianta ou não tem adiantado só enunciar que não concordamos... É impossível um posicionamento político sem posicionamento ontológico. Com o risco de continuarmos sob a égide do Estado, do mercado e da razão.

Considerações finais

Por conta disso, não se trata de definir apoio com capacidade de gestão ou fortalecimento de, mas de pensá-lo, a partir do seu exercício e do seu valor de integralidade, de vida e de potência. Forçar um movimento instituinte do Estado na constituição de si mesmo, por mais paradoxal que isso possa parecer.

Visam-se práticas institucionais que tenham capacidade de avaliar, assim, o modo como um problema se torna problema e o que se faz para solucioná-lo. Essas práticas dizem de uma gestão e uma atenção de constituição sempre situada, mas não ingênuas em relação a atualização dos projetos ético-políticos. As cenas-dispositivos fazem emergir não reflexões "sobre" o apoio, mas "com" o apoio, entendendo-o como atividade viva, considerando os processos de formação e de gestão,

a transversalidade, as análises dos processos de trabalho, a garantia do direito à saúde.

Sonhar com outro SUS é aspirar e atualizar tantos SUS quanto forem nossos desafios e nossas potências (sempre coletivas ou pré-individuais). E nossa potência talvez esteja na reapropriação de nós mesmos. Por isso, pensar uma gestão dos processos de trabalho com a capacidade de avaliar a saúde ali onde ela se produz seja tão importante na perspectiva que trazemos aqui. Se produção de saúde se expressa pela potência de composição em um hospital dispositivo, em uma rede que se modula e se inventa em movimentos devir-mulher, em um cuidado devir-índio e a isso chamarmos de democracia e autonomia, o trabalho do apoio precisa ser finito, prescindível... Esse movimento de liberação de si é, em última instância, o que move o apoio... liberar-se para ser índio lá onde um Estado nos deseja pobres.

Referências

BARROS, M. E. B. et al. Verbos do apoio institucional em pesquisa: transversalizar, transdisciplinarizar e fortalecer redes de trabalho-vida na saúde. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Práticas de apoio e integralidade no SUS*: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo*. São Paulo: Ed. 34, 2010.

GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade*: ensaios de análise institucional. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1993.

_____. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org). *René Lourau*: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. *El estado incosciente*. La Plata: Terramar, 2008.

PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Práticas de apoio e integralidade no SUS*: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2014(a).

PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS*: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, 2014(b).

PARTE III

Corpo, direito e integralidade: interseções em torno da especificidade do humano nas demandas por cuidado

A tessitura do cuidado em saúde a pessoas em situação de rua

Maria Gabriela Curubeto Godoy
Alexandra Angélica Marques

(Ofertas, Gestos, Páginas Autógrafas)
MISSÃO
Andar pelos sem fim interior
Catar da geometria todas as tintas
que ela consumiu e esmaecêram
Depois, a matéria de tudo que a Natureza modela
Restam as formas vazias
Ass. "O Condicionado"[1]
SP 22/3/1999+13(c)

Populações itinerantes, pobres, sem paradeiro fixo, com pouco apego a bens materiais, que utilizam a rua como espaço de moradia, trabalho ou principal referência para suas atividades cotidianas existiram em diversas épocas e lugares do mundo. Portanto, andarilhos e pessoas que utilizam a rua como espaço de moradia, trabalho ou principal referência para suas atividades cotidianas, não são um fenômeno novo na história da humanidade. O que teria se modificado nos últimos séculos em relação a esse fenômeno, então? Dentre as muitas respostas possíveis, podemos esboçar pelo menos duas questões: a) a constituição de uma ordem social e econômica que provocou

[1] "O Condicionado" é o pseudônimo de Raimundo Arruda Sobrinho, poeta que morou mais de 30 anos na rua em Pinheiros, São Paulo. Estava sempre com uma caneta e papel na mão, escrevendo suas poesias. Foi visto por Shalla Monteiro, moradora da região que o ajudou a reencontrar sua família e retornar a Goiás aos 74 anos de idade.

mudanças no modo de interpretar esse fenômeno nos últimos séculos; e b) o aumento dessa população nas últimas décadas em decorrência de mudanças estruturais na organização socioeconômica.

Em relação à primeira questão, foi com o advento do capitalismo e as subsequentes modificações nas concepções de homem e de mundo que o fenômeno da população de rua tomou conotações predominantemente negativas. O novo modelo societário constituiu um "projeto de cidade", espaço que abriga grande parte da população, marcado por formas específicas de controle dos sujeitos e gestão das populações. Nesse processo, a um controle do tempo – marcado pela valorização da produção e consumo – associa-se uma gestão do espaço urbano que reflete e reproduz desigualdades socais e econômicas cada vez mais acentuadas. Esses modos de gestão do tempo, espaço e das populações estabelecem controles e interdições dos sujeitos e as diversas atividades com as quais estes se envolvem, relacionadas ao trabalho, produção, diversão, descanso, mobilidade, moldando expressões de sociabilidade que atravessam a vida pública e privada das pessoas.

Dentre os dispositivos tradicionalmente adotados por esse tipo de gestão do urbano, encontramos processos de higienização social com a remoção de populações indesejáveis (FOUCAULT, 1979). Tais práticas, intensificadas nos últimos anos em muitas cidades ao redor do mundo, também são observadas no Brasil, onde a realização de grandes eventos como a Copa do Mundo, em 2014, tem se caracterizado por acirrar desigualdades e conflitos na gestão do espaço urbano, sobretudo com populações pobres (MOROSINI, 2013), reforçando as tendências internacionais de *gentrificação*.

O termo *gentrificação* designa um processo que associa o grande capital e a especulação imobiliária em uma proposta de "enobrecimento" e "revitalização" de locais centrais considerados "decadentes" nas grandes cidades, a partir da criação de novos serviços e melhorias e da alteração das leis de zoneamento de maneira a aumentar o valor dos imóveis. Esse processo gera a remoção de determinados grupos populacionais – pessoas pobres que abandonam, vendem ou são retiradas involuntariamente de seus espaços de moradia e perdem suas referências culturais, geográficas e afetivas, em prol de populações de alto poder aquisitivo (BATALLER, 2012).

A tentativa de moldar as sociedades modernas a partir de certa homogeneização nos modos de vida em torno de um *ethos* que conjuga produtividade, consumo massificado, individualismo e ostentação, torna incômodas e indesejáveis populações excluídas que não se adéquam a tal lógica, como ocorre com os sujeitos em situação de rua. A chegada na rua representa, portanto, um processo de desfiliação não só dos laços de segurança afetiva e econômica, mas também do lugar de um "cidadão de direitos", fragilmente garantido apenas a partir do momento em que o sujeito está atrelado à lógica de produtividade e consumo incutida pela ordem econômica e social capitalista (GHIRARDHI et al., 2005).

Embora a situação de rua represente uma opção de vida assumida voluntariamente por algumas pessoas que valorizam a itinerância, a liberdade e o desapego que ela possibilita, o aumento dessa população ao redor do mundo nas últimas décadas deve-se, sobretudo, à intensificação de processos de exclusão social engendrados com as mudanças nas estratégias do capital monopolista e a expansão do ideário neoliberal (SILVA, 2009), caracterizadas por uma financeirização global, reestruturação produtiva, flexibilização e precarização da força de trabalho e desmonte de políticas públicas de seguridade social e educação, dentre outras estratégias.

Esse movimento frenético, replicado e internalizado globalmente pela ação do descarte das sobras da produção industrial, gera um "refugo" que nos remete ao lixo como problema que se tornou visível e crescente no mundo. Longe de ser uma simbologia, esse refugo também é percebido na mão de obra descartada pelo mercado competitivo, como excedentes humanos, sobras do desemprego, falta de reposição de postos de trabalho formal, descartados humanos, restos improdutíveis, sem utilidade entre os privilegiados ou sobreviventes do sistema econômico pragmático e perverso que vivemos na atualidade (BAUMAN, 2012).

No caso do Brasil, o aumento da população em situação de rua transparece em censos específicos, como os realizados em Belo Horizonte em 1998, 2005 e 2014, que apontam aumento expressivo de 57% dessa população nos últimos nove anos (GARCIA et al., 2014). Em Porto Alegre, onde se realizaram um cadastro quanti-

qualitativo em 2008 e um censo em 2011, também se constatou o aumento considerável dessa população (DORNELLES et al., 2012). Já no município de São Paulo, que também realizou censos em 2000, 2003, 2009 e 2011, constatou-se aumento da população em situação de rua proporcionalmente compatível com o aumento da população geral (PMSP, 2012).

A primeira Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada entre 2007 e 2008, contabilizou 31.922 pessoas em uma amostra de 71 cidades com mais de 300.000 habitantes. Considerando essa pesquisa e os censos municipais próprios de diversas capitais, o perfil dessa população caracteriza-se por ser composto predominantemente por homens negros e pardos entre 25 e 44 anos, de renda muito baixa, cujos principais motivos que os levaram às ruas foram: as desavenças familiares, o abuso de álcool e outras drogas e o desemprego (MDS, 2008).

Esses levantamentos desvelam diversos aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, condições de vida, trabalho, renda, saúde, moradia, utilização de serviços e acesso à cidadania da população em situação de rua. Entretanto, ainda é necessário um censo nacional específico dessa população, pois faltam dados mais precisos e uniformes sobre a mesma, já que tradicionalmente ela não tem sido incluída nos censos do IBGE, focados em pessoas com domicílio fixo. Estudos quantitativos associados a estudos qualitativos são importantes para caracterizar o perfil e as necessidades da população em situação de rua, contribuindo na elaboração de políticas específicas para a mesma, de maneira a superar a tradição assistencialista e efetivar o processo de consolidação da cidadania dessas pessoas.

Historicamente, a assistência à população em situação de rua no Brasil ocorreu sobretudo através iniciativas de caráter religioso-filantrópico baseadas na caridade, sendo recente a preocupação do Estado em instituir políticas públicas baseadas na garantia de direitos dessa população. Foi com a redemocratização do país, as pressões advindas da organização gradativa das lutas populares e dos movimentos sociais, que se estabeleceu a Constituição Federal de 1988 como novo marco jurídico-legal que fixou as bases da Seguridade Social no país.

Foi nesse período, entre as décadas de 1970 e 1980, que se iniciou a organização de pessoas em situação de rua através da Pastoral do Povo da Rua da Igreja Católica, criando casas de assistência e estimulando o movimento representativo de catadores de material reciclável (BRASIL, 2012c). Também na década de 1980 emergiram casos de violência e extermínio de crianças de rua, dando visibilidade internacional e gerando maior preocupação nacional com o aumento quantitativo de crianças e adolescentes nas ruas, o que levou à criação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em 1985 (MACEDO; BRITO, 1998). O surgimento do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que congrega a população de rua adulta, ocorreu posteriormente, também associado à situação de violência e extermínio após a chacina da Sé em São Paulo em 2004 (PIZZATO, 2012).

Atualmente, o MNPR se caracteriza por uma atuação rizomática em diversas cidades do Brasil, representando o espaço de agenciamento político da população de rua adulta. O MNPR tem sido ativo na discussão e formulação de políticas, no monitoramento e denúncia de violação de direitos humanos da população de rua, de processos de higienização social, de remoções urbanas forçadas e de violência institucional, intensificados com a realização de grandes eventos, como a Copa do Mundo em 2014. O MNPR vem discutindo o "'direito à cidade", associado a questões cruciais que englobam a organização urbana, o ambiente, a circulação e mobilidade, o trabalho, a habitação, a assistência social, a segurança pública, a segurança alimentar, a educação, o lazer, a cultura e a saúde.

A constituição de políticas públicas para a população em situação de rua

Legalmente, a prerrogativa da assistência a populações vulneráveis no Brasil cabe ao setor de Assistência Social, que, juntamente com a Previdência Social e a Saúde, compõe o campo da Seguridade Social, conforme consta no Artigo nº 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 131). Apresentaremos, então, primeiramente, as principais políticas de assistência social para a população em situação de rua, de maneira a situar, seguir, as políticas de saúde, que são cronologicamente posteriores.

A Constituição de 1988 representa avanços em termos de políticas públicas de assistência social e saúde que, no entanto, tem se deparado com dificuldades para sua efetivação ante um contexto global de tendências neoliberais e a erosão de um "Estado social" que mal chegou a concretizar-se em grande parte do mundo (CASTEL, 2013). Ante esse panorama, muitos são os desafios para operacionalizar a noção de "proteção social" surgida no século XIX e adotada pelo campo da Seguridade Social no Brasil. Segundo Di Giovanni (1998, p. 10) um "sistema de proteção social" representa:

> [...] as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio ou as privações. Incluo nesse conceito também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobre vivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo ainda, os princípios reguladores e as normas que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades.

A proteção social, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), deve garantir: "[...] segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar" (BRASIL, 2004, p. 25). É a partir da regulamentação da PNAS que se fomentam o reordenamento e a articulação de serviços e ações no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), aprofundando o previsto pela Constituição Federal e pela da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993 (BRASIL, 2004).

Em 2005, realizou-se uma revisão da LOAS, que passou a citar explicitamente o SUAS como responsável pela criação de programas de amparo a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade pessoal e social e pessoas em situação de rua. Tais modificações foram mantidas na Lei nº 12.435/2011, que atualizou a LOAS. Os marcos jurídico-legais do SUAS, compostos por essas leis e pela PNAS, definem que o atendimento à população em situação de rua cabe à proteção social especial, através de ações e serviços de média e alta complexidade, como a Abordagem de Rua, os Centros de

Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência Especializado para População de Rua (Centro Pop), e as unidades de acolhimento específicas, como albergues e abrigos.

Em 2009, após alguns anos de discussões que envolveram atores institucionais e o MNPR, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, contemplando diversos aspectos relativos à garantia de direitos dessas pessoas. Esse documento, referendado através do Decreto Presidencial nº 7053/2009, é um marco de referência importante, embora sujeito ao risco de substituição e alteração com maior facilidade do que se fosse lei promulgada pelo Legislativo (BRASIL, 2009).

Políticas de saúde para a população em situação de rua

Embora a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua contemple a garantia de diversos direitos, a efetivação do cuidado à saúde da população de rua entrou na agenda oficial em âmbito nacional a partir da problemática do *crack*. Droga associada inicialmente a populações vulneráveis, sobretudo crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo, no final da década de 2000, o *crack* pautou a agenda política devido aos alardeios midiáticos e a sua penetração em outros segmentos da população.

Foi, portanto, a partir do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010), em 2009 (BRASIL, 2009) e do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC), em 2010 (BRASIL, 2010), que foram propostas diversas estratégias de segurança pública, assistência social e saúde para os usuários de drogas – entre elas, a criação de equipamentos voltados especificamente para a população em situação de rua, como o "Consultório de Rua".

Equipamento inicialmente proposto pelo Ministério da Saúde, o "Consultório de Rua" inspirou-se na experiência realizada em Salvador-BA desde 1995. Idealizado pelo professor Antonio Nery Filho, surgiu a partir da constatação das invisibilidade e vulnerabilidades evidenciadas pelo uso de drogas, sobretudo entre crianças, adolescentes e jovens que não acessavam serviços de saúde, como o Centro de Estudos e Terapia no Abuso de Drogas (CETAD).

A experiência baiana inspirou-se na observação do atendimento de rua realizado em um ônibus pelos "Médicos do Mundo" em Paris, na década de 1980, cujo foco de cuidado estava voltado principalmente para a epidemia do HIV entre homossexuais masculinos, usuários de drogas e prostitutas. Os primórdios do Consultório de Rua remontam a 1989, quando foi criado o projeto Banco de Rua, em Salvador-BA, voltado para crianças e adolescentes em situação de rua, visando ao reconhecimento das singularidades dessa população e os obstáculos para seu acesso a instituições de saúde como o CETAD. O amadurecimento desse projeto ao longo de três anos pôde dar consistência ao início do Consultório de Rua em 1995 (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

O Consultório de Rua de Salvador, formado por uma equipe multiprofissional de atuação interdisciplinar, aprimorou o cuidado no espaço da rua baseando-se em estratégias de redução de danos. Inicialmente voltado para crianças e adolescentes, a aproximação com essa população deu-se de forma itinerante e incluiu adultos em situação de vulnerabilidade e uso de drogas na rua. A relação entre os profissionais, e destes com os usuários do serviço, possibilitou a transversalização da interdisciplinaridade e a troca mútua de olhares em busca de um acolhimento inclusivo e integral (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Em 2010, o Ministério da Saúde assumi, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Álcool e Outras Drogas, o Consultório de Rua como equipamento oficial de cuidado a usuários de drogas em situação de rua, estimulando a criação de 35 unidades através de edital em municípios com preferencialmente mais de 300.000 habitantes (BRASIL, 2010b). Surgiram gradativamente algumas experiências desse tipo de equipamento implantadas em grandes capitais.

Contudo, a priorização inicial dos problemas relacionados ao uso de drogas em detrimento de problemas de saúde em geral, e a extinção de serviços que anteriormente atendiam a população de rua em alguns municípios, como os antigos Programa de Saúde da Família de Rua (PSF-Rua) e Estratégias de Saúde da Família Sem Domicílio (ESF-SD), geraram questionamentos de instâncias como o MNPR, levando a modificações na normatização oficial desse equipamento. Surge, então, oficialmente o "'Consultório *na* Rua" como equipamento

da Atenção Básica na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), referendado também como componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e também na portaria GM/MS nº 3088/2011 (BRASIL, 2011), normatizada em 2012 pelas portarias GM/MS nºs 122 e 123 de 2012 (BRASIL, 2012a; 2012b).

Essa mudança sutil na nomenclatura expressa modificações mais profundas, por ampliar o escopo de atuação desse equipamento para além do problema das drogas, visando ao cuidado integral em saúde da população de rua. Nesse processo, desloca-se também a responsabilidade gerencial do mesmo da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O Consultório na Rua surge, assim, como um "híbrido" que funde diferentes experiências de cuidado em saúde à população de rua no Brasil: 1) o Consultório de Rua de Salvador-BA, voltado para o cuidado de crianças, adolescentes, jovens e posteriormente adultos em uso de drogas através de estratégias de redução de danos; e 2) um conjunto de experiências de atendimento desenvolvidas desde o ano 2000 em alguns municípios do Brasil, como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre.

Essas experiências, que desde o início da década de 2000 foram implantadas por iniciativas locais em alguns municípios brasileiros, serviram de base para a formulação do novo equipamento proposto. Entre elas, podemos citar a experiência do Projeto Meio Fio no Rio de Janeiro, realizada pelos Médicos Sem Fronteira, que atenderam pessoas em situação de rua entre 2000 e 2004 e sistematizaram contribuições importantes para o conhecimento da "psicodinâmica da vida nas ruas" (BRASIL, 2012c, p. 32).

Em 2002, surgiu a experiência de Belo Horizonte, com a implantação, pela Secretaria Municipal de Saúde, da primeira equipe de Saúde da Família voltada para o atendimento específico à população em situação de rua. Operacionalizada a partir das necessidades levantadas pelo censo municipal da população de rua de 1998, a iniciativa possibilitou a transversalização e sensibilização do cuidado junto às demais equipes de Saúde da Família, através de ações de apoio matricial (BRASIL, 2012c).

O atendimento à população de rua em São Paulo remonta a 2003, através de equipes específicas de Saúde da Família do Programa "A Gente na Rua". O programa possibilitou reflexões que aprofundaram

> [...] o paradigma semântico de certas abordagens de equipes à PSR, em que visita domiciliar passa a ser "visita de rua"; domicílio, "o lugar em que se costuma ficar na rua"; e família aquela "constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro (BRASIL, 2012c, p. 18).

Em 2004, Porto Alegre passou a atender a população de rua em uma unidade de saúde localizada no centro da cidade, a partir da criação de uma equipe de Saúde da Família específica denominada de Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio (ESF-SD). A mesma equipe assumiu oficialmente em 2006[2] o cuidado em saúde de duas comunidades vulneráveis em áreas de ocupação – a Vila dos Papeleiros e a Vila Chocolatão. O ESF-SD de Porto Alegre perdurou até meados de 2012, transformando-se a seguir no "Consultório na Rua Centro", modificando seu modo de atuação, pois ao invés de permanecer em local fixo, passou a realizar ações itinerantes.

Esse processo gerou descontentamento entre a população de rua que tradicionalmente buscava a unidade de atendimento onde estava fixada a ESF-SD, levando em 2014 a ampliação da equipe do Consultório na Rua Centro, com a constituição de uma referência fixa de atendimento, de maneira a manter concomitantemente trabalhadores fixos e itinerantes.

A constituição de diferentes modelos de Consultório na Rua é emblemática, por levantar a necessidade de refletir sobre a importância de negociar as políticas de cuidado junto aos movimentos sociais representativos das populações por elas assistidas. Destacamos também que o Consultório na Rua, modelo "híbrido" proposto pelo Ministério da Saúde a partir de pressões do MNPR, segue uma trajetória de constituição semelhante a de outras políticas oficiais de saúde, criadas a partir da fusão de elementos específicos extraídos de diversas experiências locais por vezes divergentes entre universalizadas a partir

[2] Conforme nota publicada na edição n° 2706/2006 do Diário Oficial de Porto Alegre.

de normatizações que existem, em um primeiro momento, apenas no nível da abstração (AMARANTE; TORRE, 2001). Embora isso não invalide as tentativas de criação de modelos universalizados inspirados em determinadas propostas locais, é no cotidiano que tais propostas se efetivarão, a partir da atuação das equipes diretamente responsáveis por tais equipamentos, que viabilizam, de fato, sua operacionalização prática.

Assim, o Consultório na Rua como equipamento em desenvolvimento enfrenta a transição de modelos anteriormente praticados, sendo um itinerante voltado para o cuidado em saúde e a redução de danos às crianças e adolescentes, e outro advindo da experiência do cuidado em saúde formatada na ESF, com atendimentos realizados em pontos de atenção fixos (unidade de saúde), com um olhar voltado para as necessidades em saúde da família e o indivíduo na Atenção Básica em Saúde. O desafio do novo modelo de atenção é favorecer a convergência desses dois olhares em um dispositivo estratégico para o cuidado integral da pessoa em situação de rua,[3] de maneira que suas equipes possam promover o acesso com equidade, enfrentando resistências cotidianas junto aos demais serviços de saúde, que muitas vezes reproduzem os mesmos estigmas e preconceitos vigentes na sociedade a respeito das pessoas em situação de rua.

Sobre a construção de sujeitos e identidades na rua

(Oferta, Gestos, Páginas Autógrafas)
Andou muito?
-Um pouco.
Quer saber o que de geografia?
Pelas tintas naturais, região mais bela do mundo.
Ass. "O Condicionado"
SP 9/6/1999+13

De acordo com o Decreto nº 7.053/ 2009, a População em Situação de Rua *"é grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza*

[3] *O Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c) representa uma primeira tentativa de convergência desses olhares, tendo sido formulado com a contribuição de trabalhadores de diversos equipamentos envolvidos no cuidado à população de rua em vários municípios do Brasil e o MNPR.

extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular [...], que utiliza *"logradouros públicos* [...]*"* e *"áreas degradadas [...] como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória"*. Considerando as designações anteriormente utilizadas para essa população, como "sofredores, de rua", "moradores de rua", "mendigos" e outros, a terminologia atualmente adotada, "pessoas ou população em situação de rua", reconhece tanto a *situacionalidade da experiência* nas ruas como "[...] sua inserção num espaço de relações que envolve tanto processos históricos mais abrangentes quanto uma atenção para as categorias de classificação utilizadas para sua compreensão e seu controle" (SCHUCH; GHELEN, 2012, p.16).

Se, por um lado, a terminologia "população em situação de rua" abre a possibilidade de outros agenciamentos possíveis para essas pessoas, por outro, o MNPR problematiza a caracterização negativa dessa definição, marcada pela falta, exclusão, pobreza e degradação. Outros aspectos presentes na autodefinição adotada pelo MNPR evocam a lealdade, solidariedade, desapego e disposição para a luta pelos seus direitos e por uma sociedade mais justa, enfatizando a importância da construção de uma identidade social positiva (SCHUCH; GHELEN, 2012).

A constituição de sujeitos e identidades no espaço da rua a partir de representações negativas legitimam abordagens excludentes (MATTOS; FERREIRA, 2004), que reforçam a auto e heteroestigmatização. A rua, compreendida como lugar marcado pela falta, perda, despossessão e a vulnerabilidade, desloca o foco do processo de "vulnerabilização" que aflige as classes populares e antecede sua ida para as ruas (VARANDA; ADORNO, 2004).

Essa aparente univocidade na constituição de sujeitos vinculados à rua a partir de representações negativas são rebatidas pelo MNPR, ao conceber a rua como espaço ambíguo, que também possibilita a criação de identidades e relações sociais menos estigmatizantes. As experiências de itinerância, despossessão e mobilidade vividas nas ruas configuram formas de resistência de grupos que se recusam à captura de formas normalizadas de inserção social (SHUCH; GHELEN, 2012).

Esse processo inclui o direito desses sujeitos e grupos à adesão ou não a projetos e programas estatais de intervenção que por vezes lhes são simplesmente impostos. O que implica na necessidade de compreender e considerar as interpretações dos sujeitos acerca de suas próprias situações sociais de maneira a envolvê-los na elaboração de políticas que pretendam assisti-los.

Considerando a dimensão da autopercepção como importante para a produção de cuidado, apresentamos um termo observado nas incursões realizadas junto a essas pessoas, que se autodesignam como um *peregrino.* Esta palavra é ilustrativa de quem se reconhece e é reconhecida entre seus pares de forma amistosa, e não a partir de um rótulo com impregnações sociais preconceituosas.

Entre os significados vinculados à palavra *peregrino* e suas derivações, encontramos o do forasteiro, "daquele que viaja a lugares distantes", ou a "lugares santos ou de devoção" (FERREIRA, 1986). É também possível que o termo *peregrino* remonte às origens do MNPR vinculadas à Pastoral do Povo da Rua, de maneira que o *peregrino* também pode ser um "andarilho com fé", uma fé simbólica que representa a busca de um lugar subjetivo inatingível que, na verdade, se carrega para onde se vai e se modifica sempre que alcançado.

Essa autoconstrução identitária positiva permite evidenciar facetas desconhecidas do espaço da cidade, como transparece na resposta de uma pessoa que ao ser interpelada sobre "onde costumava dormir", respondeu enfaticamente "no Hotel das estrelas, das Cinco Estrelas!".[4] Sua resposta reportou para o silêncio, o céu estrelado, ao relento, frio e livre. Entre tantas palavras que poderiam ter sido escolhidas por ele para falar da rua, enfocando a calçada, o papelão ou o albergue sobrepôs-se uma resiliência poética.

Algumas palavras sobre o cuidado em saúde à população em situação de rua

A constituição de um ideário ético de cuidado em saúde norteador de práticas que valorizem e fortaleçam a relação entre os sujeitos implicados – usuários e trabalhadores – tem sido proposta por diversos

[4] Essa experiência foi vivenciada e registrada por Alexandra Marques, uma das autoras deste texto.

autores, sendo incorporada no SUS por propostas como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). O compromisso ético do cuidado possibilita a emergência do "afeto", o *pathos* – assujeitamento ou sensibilidade de sentirmos com profundidade o outro, que nos convoca a refletir sobre nossa ação enquanto profissionais responsáveis com a vida de outrem (BOFF, 2012).

Muitos são os desafios cotidianos que distanciam a realidade vivenciada pelas equipes de saúde desse ideário, sobretudo as que cuidam de populações muito vulneráveis. Essas equipes, o que inclui os Consultórios na Rua, são constantemente colocadas em xeque quanto à sua capacidade de resistência e resiliência ao se depararem com situações críticas que confrontam cotidianamente a capacidade de lidar com o sofrimento e a desagregação pessoal e social.

Assim, mais do que prescrições sobre o cuidado em saúde na rua, apresentaremos algumas *disposições afetivas* necessárias para efetivar o mesmo. Entre elas, a capacidade de o trabalhador mobilizar e, muitas vezes, *emprestar*[5] seu desejo e potência de vida ao usuário, criando possibilidades de continência subjetiva e relacional em um espaço onde não se conta com os limites físicos e simbólicos das paredes, o que implica lidar com as tensões e inseguranças que geram tais situações, estabelecendo outros critérios de continência baseados na valorização da *alteridade* e do *vínculo*. A alteridade permite lidar com as diferenças, preservando e reforçando o vínculo, criando um espaço relacional que possibilita a circulação do *phatos*, a capacidade de afetar e permitir-se ser afetado pela relação com o outro.

Outra *disposição afetiva* é a possibilidade de lidar com o *imponderável* em um campo – a saúde – onde intervenções planejadas, protocolizadas e prescritivas costumam ser valorizadas e bastante praticadas. O inusitado, o risco, a criação e a reflexão fazem parte do trabalho e do cuidado em saúde, sobretudo em situações psicossociais complexas, que envolvem predominantemente a utilização de tecnologias leves (MERHY, 2002). Nesses contextos, o conhecimento teórico não costuma ser suficiente ante uma realidade que não permite enquadramentos e situações sobre

[5] Ouvimos este termo diversas vezes de um trabalhador vinculado à equipe de Consultório na Rua que acompanhamos.

as quais a intervenção por vezes antecede a abstração. Nesse sentido, a prática é que está à espera de uma teoria (SARACENO, 1996).

Entretanto, embora seja importante constituir um conhecimento moldado a partir da experiência, não deve ser excluída a necessidade de integrar aportes teóricos já existentes, advindos de diversos campos, como as Ciências Sociais e Humanas, que costumeiramente têm abordado temáticas relacionadas a cultura, pobreza, exclusão, marginalização e outras questões por vezes pouco incorporadas pelas dimensões mais operacionais no campo da saúde.

Apontamos também a importância de estabelecer estratégias de acompanhamento e cuidado das equipes que trabalham com populações vulneráveis, como os Consultórios na Rua. Tais estratégias, parcialmente contempladas por editais de supervisão clínico-institucional de serviços e redes de atenção, precisam ser incorporadas e ampliadas enquanto políticas continuadas de educação permanente e cuidado das equipes.

Sem pretender esgotar a discussão no presente texto, o cuidado em saúde nos remete, em última instância, para a dimensão do encontro. Um encontro radical que pode abrir as próprias inscrições interiores. Ao encontrar pessoas em situação de rua essa radicalidade pode desafiar os parâmetros subjetivos estabelecidos, gerando questionamentos sobre os sentidos da própria peregrinação interior. A sustentação desse processo implica aceitar a reconfiguração subjetiva cotidiana enquanto sujeitos e equipes envolvidos com o cuidado em saúde.

Referências

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 26-34, 2001.

BATALLER, M. A. S. O estudo da gentrificação. *Revista Continentes*. Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, 2012.

BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BOFF, L. *Ética e moral:* a busca dos fundamentos. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.136p.

BRASIL. *Constituição: República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal/ Centro Gráfico, 1988. 292p.

_____. Decreto Presidencial nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial

de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, ano CXLVI, n. 246, dez.2009. Seção 1, p.16.

_____. Decreto Presidencial nº. 7179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. (PIEC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLVII, n. 96, mai. 2010. Seção 1, p. 43.

_____. Lei n. 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Modifica a Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLIII, n. 1., jan.2006. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº. 12.435, de 06 de julho de 2011, que atualiza a Lei Orgânica de Assistência Social nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, ano CXLVIII, n. 129, jul.2011. Seção 1, p.1.

_____. Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXXXI, n. 233, p. 18.769, dez. 1993. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. Consultórios de Rua do SUS. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 123, de 25 de janeiro de 2012, que define o número de equipes Consultório na Rua - eCR, por município no país. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLIX, n.19, jan.2012a. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLV|I, n.106, jun.2009. Seção 1, p. 128.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLVIII, n.247, dez.2011. Seção 1, p. 230.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria* GM/MS nº. *122*, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de *Consultório* na Rua. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLIX, n.19, jan.2012b. Seção 1, p .46.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano CXLVIII, n. 204, out.2011. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. *Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua*. Brasília: MDS, 2008. 16p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS*. Brasília, setembro, 2004. Disponível em: <http://www.renipac.org.br/pnas_2004.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.

CASTEL, R. *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?.* 1ª ed. 5ª reimp. Buenos Aires: Manantial, 2013. 120p.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M.A. de (Org.). *Reforma do Estado & Políticas de Emprego no Brasil*. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP, 1998. 327p.

DORNELLES, A. E. et al. O retrato censitário da população adulta em situação de rua em Porto Alegre. In: DORNELLES, A.E; OBST J.; SILVA, M.B. (Org.). *A rua em movimento:* debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. 1ª ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012. p. 43-58.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

GARCIA, F. D. et al. *Terceiro censo de população em situação de rua do município de Belo Horizonte*. 1.ed. Viçosa: SUPREMA, 2014. 168p.

GHIRARDI, M. I. G. et al. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface - Comunicação Saúde, Educ.* Botucatu, v. 9, n. 18, p. 601-10, set/dez 2005.

MACEDO, M. J. de; BRITO, S. M. de O. A luta pela cidadania dos meninos do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua: uma ideologia reconstrutora. *Psicol. Reflex. Crit.* vol. 11, n. 3, p. 511-522, 1998.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, v. 6, n. 2, p. 47-58, 2004.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec, 2002.

MOROSINI, L. A população em segundo plano. *RADIS*, nº 129, p .8-16, 2013.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R.; MONTEIRO, L.F. *Guia do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160p.

PIZZATO, R. M. S. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. In: DORNELLES, A.E.; OBST, J.; SILVA, M.B. (Orgs.). *A Rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre.* 1ª ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012. p. 69-86.

SÃO PAULO. Prefeitura do município de são PAULO (PMSP) /Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). NÚCLEO de Pesquisas em Ciências /Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP). *Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011).* Principais Resultados. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/Cops/Monitoramento/censo2011.pdf>. Acesso em: 14 set. 2014.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 150-154.

SCHUCH, P GEHLEN, I A Situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. In: DORNELLES, A.; OBST, J.j. SILVA, M. B. (Orgs). *A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre.* 1ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012. p. 11-25.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. *Trabalho e população em situação de rua*. São Paulo: Cortez, 2009. 296p.

VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 56-69, abr. 2004.

O cuidado de mulheres privadas de liberdade e seus filhos: percursos e mediações de gestores e trabalhadores para garantia do direito à saúde dessa população

Fernanda Manso Maselli Coutinho
Polyana Monteiro Mourão
Patrícia Rodrigues da Costa
Tatiana Coelho Lopes

Este texto, de caráter descritivo, é decorrente de reflexões de um grupo de trabalhadoras de diferentes inserções institucionais. Tem como objetivo sistematizar uma experiência de cuidado às mulheres privadas de liberdade e seus filhos, realizada por meio da parceria entre o Hospital Sofia Feldman (HSF) e a Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) de Minas Gerais, e refletir sobre os desafios impostos por esse cuidado e suas implicações para a garantia do direito à saúde dessa população.

Esse movimento de reflexão sobre as práticas de cuidado faz parte do Programa Incubadora da Integralidade, uma parceria entre o HSF e o Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que se iniciou em 2008 como um projeto-piloto e possibilitou sua expansão para uma rede multicêntrica de pesquisa com a inserção de trabalhadores, docentes e pesquisadores de varias regiões do país (PINHEIRO, 2010; PINHEIRO, LOPES, 2014). O Programa Incubadora da Integralidade busca integrar esforços de aprendizado coletivo e potencializar as experiências inovadoras que gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) constroem cotidianamente (PINHEIRO, 2010). Apostamos na Incubadora da Integralidade na perspectiva discutida por Barros de Barros, Silva e Gomes (2013) como um dispositivo de formação dos trabalhadores. Segundo esses autores, os sujeitos se formam para os desafios impostos

pelo cuidado em meio à experiência de intervenção, ou seja, pela problematização das práticas no momento em que vivenciam as inquietações provocadas por elas.

Na trilha desse entendimento, as diferentes inserções de trabalhadores que prestam cuidado à população privada de liberdade, mas que compartilham do mesmo horizonte ético-político de defesa da vida, têm a potencialidade de trazer desafios para se pensar o processo de construção de um cuidado voltado a esses usuários. Ao mesmo tempo, a participação como uma das experiências selecionadas da pesquisa "Áreas programáticas e estratégicas e direito à saúde: construção da Integralidade no contexto do apoio institucional"[1] trouxe possibilidades de revisitar o cuidado realizado pelos gestores e trabalhadores das instituições parceiras a essa população.

Construção das políticas de atenção à população privada de liberdade no âmbito materno-infantil e as práticas de cuidado no Hospital Sofia Feldman

A população carcerária no Brasil teve um crescimento de 120% nos últimos dez anos e, em 2013, correspondeu a 551.385 pessoas, sendo que o número de mulheres em situação de prisão correspondeu a 7% (SOARES FILHO, 2013). O aumento de mulheres se deu, principalmente, pelo elevado número de condenações por posse, uso e tráfico de drogas (BRASIL, 2010) e a maior parte está na faixa de 18 a 45 anos de idade (SOARES FILHO, 2013). Atualmente, são 2.721 estabelecimentos penais com 300 mil vagas, o que demonstra a dificuldade do sistema que tem 1,8 pessoas por vaga (SOARES FILHO, 2013).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com o Ministério da Justiça (MJ), lançou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que preconizava o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (BRASIL, 2005). Entre suas metas, destacam-se as seguintes estratégias relacionadas mais

[1] A experiência selecionada nesta pesquisa foi coordenada pela Professora Roseni Pinheiro, do LAPPIS, em parceria com o Departamento de Áreas Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS). Os pesquisadores estiveram no HSF entre os dias 29 e 31 janeiro de 2014.

especificamente à saúde da mulher: a implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama; de ações para diagnóstico e tratamento das Doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de imunodeficiência adquirida (DSTs/Aids); da assistência à anticoncepção; da assistência ao pré-natal (PN) de baixo e alto risco; da imunização das gestantes; garantia do acesso das gestantes para o atendimento de intercorrências e parto, dentre outros.

Vale ressaltar, também, outras legislações que reforçam as estratégias de cuidado a essa população, tais como a resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciaria (CNPCP), de 14 de abril de 2003, que dispõem no Artigo 1º, incisos XI e XII, respectivamente, as seguintes questões:

> XI. A atenção à saúde da mulher deverá ser prestada desde o seu ingresso no sistema penitenciário, quando deverá ser realizada a consulta ginecológica incluindo a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, obedecendo, posteriormente, à periodicidade determinada pelo Ministério da Saúde.
>
> XII. As unidades femininas deverão estar aptas a realizar o acompanhamento pré-natal de baixo risco (CNPCP, 2003, p. 1).

Além disso, há garantia de extensão deste cuidado na Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009, de Execução Penal, que assegura às mães presas e aos seus recém-nascidos (RNs) condições mínimas de assistência e preza pela garantia de estabelecimentos penais destinados a mulheres dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até seis meses de idade (BRASIL, 2009). Essa lei dá nova redação ao artigo 83 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 1984). Em janeiro de 2014, foi lançada a Portaria Interministerial que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.

Dentre os princípios da PNAISP, destaca-se o respeito aos direitos humanos e à justiça social e a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde,

executadas nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2014). Para isso, o MS (BRASIL, 2014) preconiza a necessidade de integração à Rede de Atenção à Saúde do território com equipes de Saúde Materno-Infantil nas unidades que custodiam mulheres e garantia de qualidade pela Rede Cegonha.

Segundo Soares Filho (2013), a construção do PNAISP vem ao encontro da necessidade de superação de pontos críticos vividos há dez anos, desde a implantação do PNSSP, que possibilitou a cobertura de apenas 31,81% dessa população carcerária. Além disso, tornou evidente a dificuldade de integração ao SUS, já que grande parte das equipes está vinculada à administração penitenciária ou são hibridas, ou seja, parte é responsabilidade do setor saúde e parte do Judiciário (SOARES FILHO, 2013).

Dessa forma, a política busca a garantia do acesso dessa população ao SUS, e a unidade de saúde prisional passa a ser um ponto de atenção na rede de saúde do SUS, que deve qualificar a atenção básica no âmbito prisional, articulando com outros dispositivos dessa rede no território (BRASIL, 2014).

O princípio da integralidade do SUS deve considerar serviços e ações de saúde voltadas para as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população (BRASIL, 2000). Dessa forma, são necessários mais esforços para colocar em prática esse princípio, por se tratar de direitos adquiridos pelas mulheres presidiárias e seus filhos. Isso deve ser feito pela articulação de políticas e programas das áreas técnicas da saúde da mulher, sistema prisional e criança, considerando que as áreas estratégicas não devem ser apreendidas como uma perspectiva final de direito, mas o desafio está em articular os diferentes programas ou seja,

> [...] olhar para o sujeito de direitos não pelas vias dos programas, mas buscando conciliar a diversidade de estratégicas para dar conta das especificidades demandas por ele (LAPPIS; BRASIL, 2014, p. 319).

Destacamos esse contexto porque o HSF é uma instituição filantrópica, pública, não governamental, com 100% dos leitos destinados ao SUS, que se destaca pela participação da comunidade

em sua gestão e dos conselheiros de saúde, que exercem o controle social (HSF, 2012). Segundo dados do MS, desde 2011 se configura no cenário nacional como uma das três maiores maternidades do Brasil em número de partos, sendo considerada em 2013 a primeira, com um total de 10.705 partos (BRASIL, 2013).

Segundo Dittz, Caldeira e Madeira (2014), no contexto das demandas na atenção à mulher e ao recém-nascido, o HSF é considerado pelo MS e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, como referência para as ações de humanização da atenção ao parto e ao nascimento. Assim articula-se como um cenário para a formação de profissionais de diversos serviços de saúde, na perspectiva do compartilhamento das tecnologias assistenciais existentes, que apresentam resultados positivos no contexto do cuidado à mulher e ao recém-nascido.

O hospital participou do Programa de Qualificação das Maternidades do Nordeste e Amazônia Legal em parceria com o MS (DITTZ; CALDEIRA; MADEIRA, 2014) e conta com enfermeiros obstetras preceptores e tutores do Plano de Qualificação da Assistência Perinatal promovido pela Secretaria Estadual de saúde de Minas Gerais (SESMG). Além disso, por meio de parcerias com a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores e o governo do Japão, tem realizado cursos de capacitação para profissionais da assistência à saúde da mulher e RN de países da América Latina, Caribe e África e Ásia (LOPES et al., 2012).

A demanda pela parceria para o cuidado de mulheres privadas de liberdade se deu a partir da solicitação de uma trabalhadora da saúde que prestava cuidado a essa população tanto em uma unidade prisional de referência para gestantes privadas de liberdade quanto no HSF. Naquela ocasião, havia em torno de 40 gestantes na unidade que necessitavam de assistência pré-natal, motivo pelo qual a trabalhadora encaminhou essa demanda a Linha de Políticas Institucionais do HSF. A parceria iniciou-se em 2007, com uma proposta de trabalho organizado, com atuação de enfermeiras obstetras da instituição, cujo objetivo era promover e recuperar a saúde da população prisional feminina, oferecendo assistência à gestante desde o pré-natal (MASELLI, 2013).

Em 2008, com o sucesso de tal medida, outras unidades prisionais solicitaram o atendimento para outras demandas de mulheres privadas de liberdade, o que levou à expansão da assistência para uma unidade localizada em Belo Horizonte e outra em Ribeirão das Neves.

Atualmente, os profissionais do HSF prestam atendimento às mulheres privadas de liberdade no Complexo Penitenciário Estevão Pinto (PIEP), em Belo Horizonte, no Presídio Feminino Jose Abranches Gonçalves (PFJAG), em Ribeirão das Neves, e no Centro de Referência aà Mulher Privada de Liberdade, em Vespasiano. As atividades realizadas são planejamento familiar, pré-natal, exames para prevenção do câncer de colo do útero e consulta de enfermagem. Nos últimos seis anos, foram realizados de 1.206 e 1.310 atendimentos no PIEP e no PFJAG, respectivamente, contribuindo assim para a promoção da saúde à mulher encarcerada.

O Centro de Referência à Gestante privada de liberdade do Sistema Prisional de Minas Gerais, criado pelo governo do estado, tem como objetivo ampliar o local existente para gestantes, parturientes e creche, no sistema prisional do estado, implementando políticas de saúde da mulher e da criança, garantindo o acesso e melhorando a qualidade dos serviços de atenção pré-natal e perinatal, bem como assegurando a reintegração da mulher no convívio social e familiar, após o cumprimento da pena (FERRARI, 2010).

Desde junho de 2012, as gestantes identificadas em cada unidade prisional de Minas Gerais são encaminhadas a este centro. A assistência oferecida às mulheres nessa unidade segue os mesmos princípios da Lei nº 11.942, sancionada em maio de 2009, que obriga os estados a oferecerem espaços adequados para as presas mães poderem criar seus filhos (BRASIL, 2009). Em estudo nessa unidade, conduzido por uma enfermeira obstétrica, em 2013, constatou-se uma população com uma faixa etária predominante entre 20 e 35 anos e baixa escolaridade. Verificou-se, também, grande número de multíparas (85,2%). Em relação ao pré-natal, evidenciou-se que a assistência oferecida ainda é inadequada, já que apesar de 61,7% das mulheres realizarem, no mínimo, seis consultas de pré-natal, 52,9% iniciaram as consultas após o terceiro mês de gestação e 70,6% não realizaram todos os exames

complementares considerados básicos na assistência mesmo tendo iniciado no primeiro trimestre da gestação. Atentou-se para o fato de que mesmo o elevado índice de orientações sobre a amamentação dentro do presídio não implica necessariamente efetividade da prática, visto que em todos os casos o desmame acontece antes do sexto mês de vida do bebê (MASELLI, 2013).

O atendimento aos RNs desse centro iniciou-se em 2010, com o acompanhamento realizado pela equipe da enfermagem neonatal do HSF. Durante esse ano, uma vez por semana a equipe realizava o acompanhamento do crescimento das crianças que permaneciam com suas mães privadas de liberdade, a fim de prover uma ação integral à saúde desta população, conforme Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, do MS e do MJ (BRASIL, 2003).

Por dificuldades de continuidade do cuidado aos RNs por parte do HSF, este foi interrompido e retomado em maio de 2013, com a perspectiva de ampliação e a integração de profissionais da enfermagem neonatal, fisioterapia e terapia ocupacional. A ideia de desenvolver uma prática assistencial em um cenário prisional com equipe multiprofissional partiu da mediação entre o próprio centro de referência e o HSF. Os objetivos desse acompanhamento são favorecer a construção de uma rede de apoio qualificada para o cuidado das crianças que permanecem com suas mães até 12 meses de idade, favorecer e fortalecer o aleitamento materno e desenvolver uma prática de cuidado direcionada a essas mulheres, no sentido de ajudá-las a se reconhecerem como agentes de autocuidado e do cuidado ao RN nos diferentes níveis de atenção.

Uma vez por semana, esses profissionais realizam atendimentos destinados à avaliação do crescimento e desenvolvimento dessas crianças e suas mães por meio de duas dimensões de cuidado: a primeira, focada na assistência individual a cada uma das mulheres e RNs através da aplicação de um questionário coletando informações gerais sobre o histórico da mãe, parto, nascimento e sobre o bebê, cuidados gerais e suas demandas e puericultura. O acompanhamento se inicia nos primeiros dias de vida e segue mensalmente até os seis meses de idade (salvo os casos que demandam acompanhamento

semanal). A avaliação do desenvolvimento se dá através da aplicação de testes padronizados e é realizada conforme preconizado pelo MS aos 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de idade. Durante o atendimento, orientações sobre aleitamento materno, cuidados gerais, formas de estimular o desenvolvimento global do filho e sobre o brincar são ofertadas. A segunda dimensão do cuidado foca na abordagem coletiva, utilizando como estratégia o desenvolvimento de oficinas educativas com foco na experiência dessas mulheres e também na valorização de seus saberes.

No decorrer de um ano, já foram acompanhadas 103 díades, que representam todas as mulheres que estão ou já estiveram reclusas nesse centro. Os momentos individuais permitem a essas mulheres expressarem dúvidas e anseios pessoais. As atividades em grupo são fundamentais para a proposta de desenvolvermos assistência multiprofissional integral e complementar. As abordagens coletivas são poderosos instrumentos para capacitá-las para o cuidado de si e de seus filhos. Das 103 díades acompanhadas, 62 já retornaram para casa ou para seu presídio de referência.

Quanto aos RNs, prevalece o sexo masculino, a termo. A média de peso ao nascimento é de 3.180 gramas. As vacinas estão adequadas ao calendário preconizado pelo MS. Todos realizaram a triagem neonatal (triagem auditiva neonatal, Teste do pezinho, teste do coraçãozinho, reflexo vermelho e mais atualmente teste da linguinha). Quanto à alimentação, prevalece o aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses. A alimentação sólida inicia-se com a papinha e o uso do mingau. A primeira consulta da equipe multiprofissional foi realizada em sua maioria nos primeiros sete dias de vida do bebê, e os resultados do acompanhamento do desenvolvimento foram considerados adequados.

Alguns avanços já foram alcançados, como a introdução da alimentação sólida a partir do quinto mês, e não no terceiro mês, como acontecia. Porém, no decorrer desse primeiro ano de atuação, vivenciamos situações em que a reclusão limita ou condiciona o engajamento das mulheres em suas ações de cuidado com o filho, uma vez que dependem das condições que o meio prisional lhes oferece.

Desafios para o cuidado voltado à população privada de liberdade e perspectivas para a construção de práticas amistosas à integralidade e a garantia do direito à saúde

Os profissionais que prestam o cuidado a essa população destacam que os desafios estão relacionados à integração das ações que, muitas vezes, acontecem de forma desarticulada entre os profissionais do HSF e das unidades prisionais.

Apesar da existência da uma perspectiva ético-política de garantia do direito a essas mulheres e seus filhos, o cuidado esbarra em lógicas estruturais inerentes à situação de privação de liberdade vivida por essas usuárias, tais como a dependência da presença de agentes penitenciários para acompanhamento nas consultas. Isso evidencia a necessidade de compartilhamento de responsabilidades entre as duas equipes (HSF e do sistema prisional) para a construção de práticas de cuidado que atendam a mulheres e seus filhos, implicando avanço de práticas e soluções que surgem no cotidiano.

Dessa forma, apostamos na necessidade da corresponsabilização intersetorial e multidisciplinar, para buscar alternativas de construção de projetos de cuidado e de vida para essas mulheres, seus filhos e familiares, diante das dificuldades da construção de um sistema de cuidado ainda fragmentado no que diz respeito a sua identificação com o SUS e com uma rede de cuidados que deve integrar tanto os serviços de atenção do Judiciário quanto da saúde.

Este trabalho traz a possibilidades de dar visibilidade a uma proposta de cuidado interinstitucional realizada há cerca de sete anos, e que ainda encontra dificuldades na sua formalização do ponto de vista de contratualização.

Outro ponto de importante na discussão do cuidado prestado a essas usuárias é a necessidade de elucidação da população civil sobre essa realidade para buscar melhorias na atenção à saúde. O que se evidencia é que, muitas vezes, esse grupo se apresenta como "excluídos dos excluídos", já que se encontra estigmatizado, distante e quase inexistente aos olhos da população e da discussão sobre modos de vida e de construção de cidadania, o que torna necessário que mais estudos tragam possibilidades de uma paisagem de cuidado que resgate o direito à saúde dessas mulheres e seus filhos.

Referências

BARROS DE BARROS, M. E.; SILVA, F. H.; GOMES, R. S. Incubadoras da integralidade e trabalho em equipe: exercícios formativos. Incubadora: do que estamos falando? In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Construção social da demanda por cuidado*: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2013. p. 105-128.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, MS, 15 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *CNES*: indicadores por tipo de estabelecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. *Plano nacional de saúde no sistema penitenciário*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema único de saúde (SUS)*: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ n 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, MS, 11 set. 2003.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 set 2009.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jul 1984.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução nº 07, de 14 de abril de 2003. Firma diretrizes básicas para as ações de saúde nos sistemas penitenciários. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 abr. 2003.

DITTZ, E. S.; CALDEIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. Plano de qualificação das maternidades: a participação do Hospital Sofia Feldman. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 342-351 (Cadernos Humanizasus. v. 4).

FERRARI, I. F. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. *Revista Mal-Estar e Subjetividade,* Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1325-1354, dez. 2010.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. *O hospital.* Belo Horizonte: HSF, 2012. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>. Acesso em: 05 set. 2014.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE; BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Convocatória para apresentação de experiências de apoio institucional para efetivação da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS*: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ- ABRASCO. 2014. p. 317-333.

LOPES, T. C. et al. Rompendo fronteiras e construindo redes de cooperação para produção de conhecimentos e práticas no cuidado à saúde da mulher, recém-nascido e da família: a experiência do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Integralidade sem fronteiras*: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012. p. 254.

MASELLI, F. M. *Assistência pré-natal de mulheres assistidas no Centro de Referência à Gestante Encarcerada do Sistema Prisional de Minas Gerais*. 2013. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

PINHEIRO, R. Incubadora da integralidade. Afinal do que se trata?; Pensar agindo e o agir pensado na luta em defesa dos princípios do SUS. *RevistaConsems RJ*, Rio de Janeiro, v. 7, P. 21-22, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/images/artigo_rpinheiro.pdf>. Acesso em: 07 ago 2014.

PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Coord.). *Ações estratégicas para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS*: relatório técnico final: ago. 2012/jun. 2014. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2014. 76p.

SOARES FILHO, M. M. *Do plano à política*: garantindo os direitos de todas as pessoas do sistema prisional. 2013. Disponível em: <http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fultimas_noticias%2F2013%2Fdocs%2FApresentacao_CNS_09102013.ppt&ei=TvoCVOOSCOm_sQThjoBY&usg=AFQjCNEqL2PMqo2133683tWtDh7xCRPrw&bvm=bv.74115972,d.eXY> . Acesso: 01 de setembro de 2014.

"Os de fora": elementos para pensar a integralidade em saúde para os rurais

Marta Julia Marques Lopes
Marta Cocco da Costa

Estas reflexões alicerçam-se em políticas, ações e práticas de e da saúde, enquanto campo estruturado de oferta de serviços, que se inserem no domínio da vida comum. Neste caso, no domínio constituído pela geografia e pelo conceito de rural como espaço produtivo e de dinâmicas sociais singulares.

Entende-se que a inserção de indivíduos e grupos populacionais, no campo da saúde, se dá pelo compartilhamento de interesses e saberes próprios que sustentam as interações que, por sua vez, influenciam comportamentos e práticas e a busca por cuidados, mais particularmente no âmbito do adoecimento.

O espaço de compartilhamento é constituído e mediado pelo que Moscovici (1986) denomina de "representações sociais". Ou seja, formas interpretativas da realidade social, isto é, construções sociais que carregam a produção de significados marcados pelas condições de sua produção, reconhecendo-se, deste modo, a singularidade do meio em que se produzem. Assim, o rural é não só meio, mas produto e produtor de dinâmicas de vida e trabalho próprios. Constitui uma realidade comum ao grupo de indivíduos conhecidos, com frequência, denominados "os de fora". Essa denominação/designação traz consigo sua (dos de fora) posição em comunidades não urbanas com uma conotação de delimitação geográfica do que se convencionou chamar "urbano", mas também com uma conotação pejorativa, referindo-se ao "de fora" como ao alheio, ao excluído do espaço dinâmico

de produção das sociedades, dos grupos humanos que produzem e sustentam uma espécie de hegemonia sociocultural urbana.

Os rurais constituem, portanto, situações próprias de vida e trabalho que os definem, predominantemente, pela produção primária, sendo esse um espaço que se caracteriza pelo produtivo por excelência. Essa condição marca os sujeitos como trabalhadores e o habitante do rural encarna a relação com a terra e os sistemas produtivos, nela sustentados. Pouco se pensa o rural como espaço de dinâmicas de vida e cultura. No entanto, gera saberes particulares, sendo um meio pleno e identitário de saberes que produzem enraizamento dos sujeitos sociais, constitutivos de vida social.

Essa compreensão do rural e de seus habitantes tem inspirado, em nosso grupo, a formulação de questões para pesquisa (BECK et al, 2011) destinadas à compreensão dos processos interativos que regem suas dinâmicas nas relações com a saúde. Nesse sentido, partiu-se para a formulação de reflexões que interrogam: quais saberes coletivos definem os sujeitos sociais rurais, trabalhadores, mulheres, entre outros? O que querem e o que esperam a partir dos recursos (políticas, práticas e serviços) que se colocam ou não à sua disposição no meio em que vivem? Como as condições e/ou situações de vida locais influenciam no enraizamento social desses indivíduos e de grupos populacionais diversos, e quais suas influências na saúde? De que forma esse enraizamento influencia e constitui saberes capazes de produzir significados para as práticas de saúde – das concepções ao autocuidado e ao consumo de serviços nesse âmbito? Que consequências provocam esses saberes na construção dos objetos sociais, das situações sociais de vida e saúde (hostis ou não) e como essas podem se configurar em objeto analítico para a compreensão da integralidade em saúde?

Entende-se, portanto, que o conhecimento, elaborado e compartilhado em uma visão prática do e no rural, leva à construção de uma realidade comum a esse grupo social. Os saberes próprios, assentados nessa realidade, funcionam como um sistema de interpretação que rege as relações dos indivíduos com esse meio físico e social e influenciam seus comportamentos e práticas.

Como construções sociais, tais formas interpretativas da realidade são definidas ou influenciadas pelas relações com os sistemas sociais e sociotécnicos que alimentam e dinamizam o rural como sistema produtivo – por definição, predominante. Esses, por sua vez, definem os contextos de produção de significados, os quais são marcados por suas próprias condições de sustentação locais. Desta forma, as interações tanto entre sujeito e objeto como entre sujeitos vão constituir ligações entre os grupos humanos e sua posição em comunidades, em instituições e em situações sociais que os colocam na condição de construtores de saberes próprios que se dirigem para a "lida no campo", mas não se esgotam nela.

Adotando essa perspectiva como possibilidade teórica e prática de compreensão do "enraizamento" "de fora" dos sujeitos sociais, admite-se que as representações (MOSCOVICI, 1986) fundamentam a compreensão da construção dos saberes sociais. Permitem, portanto, entender as complexas e múltiplas formas de interpretação/ação que constituem a vida social em suas especificidades e, neste caso, as rurais, marcadas pela intensa relação com a natureza.

Denise Jodelet (1993) salienta que as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada em uma visão prática que movimenta e constrói uma realidade comum a esse grupo social. Nesse sentido, ao representarmos realidades, integramos características do objeto e das nossas experiências anteriores enquanto sujeitos, juntamente com nosso sistema de atitudes e normas. Refletindo nessa direção, indivíduos e grupos do rural estruturam uma visão funcional do mundo, atribuem sentidos a condutas, compreendem a realidade com ferramentas próprias ou referências, adaptam-se, enfim, definem sua própria posição em relação a essa realidade (FERREIRA, 2000). Não são, portanto, nessa relação, "os de fora", mas "os de dentro" do rural, em suas especificidades socioculturais, os construtores de formas de viver singulares.

Por conseguinte, adaptar condutas e criar possibilidades particulares permite-nos pensar as práticas de saúde na perspectiva dos serviços de saúde oferecidos aos distintos grupos sociais e aos rurais em particular. Essas práticas formais de acesso à saúde definem-se a partir dos

contextos de produção de significados, mas são, também, marcadas pelas condições expressas nas dimensões da oferta material de serviços que não se alicerçam no rural, nem em suas particularidades e, menos ainda, no seu meio físico. Os serviços de saúde não são oferecidos, em sua imensa maioria, nas comunidades rurais.

Estas reflexões possibilitam o acesso a um campo vasto de investigação no e do rural, no sentido de compreender as diversas relações e saberes que se estabelecem no campo da saúde, como, por exemplo, aquelas e aqueles que constituem e constituem-se das vivências individuais e coletivas da doença, os saberes investidos, das experiências de cuidado, dos cuidadores e dos grandes vazios (geográficos) de serviços. Assim, os processos de construção dos conceitos populares, rurais, sobre a doença (e a saúde) permitem entender a articulação entre o produtivo como definidor do meio e o que os grupos sociais reelaboram entre o conhecimento científico, o saber popular (os saberes da experiência) e as informações veiculadas pela mídia, hoje muito presente no rural (JODELET, 1993; JODELET, MADEIRA 1998; MOSCOVICI, 1986; ABRIC, 1994).

No campo da saúde, sabe-se que as ações e/ou omissões quanto ao autocuidado, bem como as práticas que se adotam como promotoras ou preventivas nesse âmbito, estão relacionadas com modelos, valores socioculturais e crenças. Não são apenas as opções individuais, como pressupõem o modelo biologicista, resultado de concepções e práticas em saúde, dominantes no mundo ocidental e urbano, podemos acrescentar. Mas, ao entendermos os processos de ter saúde e adoecer e a busca de cuidados como dinâmicos, históricos e sociais, o cuidado, proporcionado nos serviços, estaria em constante transformação, aberto às inúmeras influências cotidianas, exigindo constante repensar seu conteúdo e expressão na oferta de práticas sociotécnicas, organizadas em torno do trabalho profissional nesse campo. Desta forma, através da riqueza de elementos levantados sobre determinados grupos em situações específicas, podemos transpor e transformar, nas práticas de cuidado de saúde ofertadas, as influências de modelos ou desenhos assistenciais limitantes e que reduzem a complexidade desses fenômenos.

O que seria, portanto, a expressão desses dispositivos institucionais estruturais, necessariamente éticos e políticos, no sentido proposto por Pinheiro e Mattos (2006), nas práticas de cuidado aos rurais? Como pensar o cuidado ampliado, considerando a qualidade de vida dos "de fora", integrando-os como sujeitos de direito no acesso (oferta geográfica inclusive e, por vezes, principalmente) e nas condições e sentidos que assumem esse contexto "diferente"?

Elementos para pensar a integralidade em saúde para os rurais

Considerando a complexidade da noção de saúde, incluem-se, nessa compreensão, as concepções e percepções das próprias pessoas, de sua capacidade de influência na própria vida e nos processos de ser saudável e adoecer. Saúde, nesse sentido, não é um estado de estabilidade segundo Dejours (1986), mas algo em constante mudança, uma conquista da qual se depende. Portanto, a saúde das pessoas é um assunto delas próprias e motivo de busca constante e dinâmica; é, antes de tudo, uma sucessão de compromissos com a realidade na busca do bem-estar. Esses compromissos constituem a conquista dos meios capazes de proporcionar a regulação das variações do estado orgânico; as adaptações necessárias ao meio; a realização dos desejos; e a liberdade de ação individual e coletiva, potencialmente capazes de proporcionar esse bem-estar (DEJOURS, 1986).

Nessa perspectiva, a busca dinâmica e o estabelecimento de compromissos com a realidade concretizam-se ao pensarmos os sujeitos e coletividades a partir de sua situação de vida. Essa situação (ou situações) é definida como o reconhecimento da existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (materiais e relacionais) e da ação dos sujeitos como intérpretes do real. Considera-se que a saúde e a doença remetem (dinamicamente) a múltiplos fatores e sua combinação e à capacidade de reação de indivíduos e coletivos, mobilizando seus recursos – materiais e imateriais (simbólicos) – para desativar ou contornar eventos negativos como morte, doença, perdas, entre outros (GERHARDT; LOPES, 2014).

Para Raynaut (2006), a doença – como provação, acidente, fator de perturbação – pode ser um revelador pujante da tensão entre o

individual e o coletivo. Para o grupo, o evento, que atinge um dos seus membros, pode constituir uma ameaça que será proporcional à posição que ele ocupa na economia simbólica ou material do conjunto da estrutura social. Para o indivíduo, por mais pessoal que seja a experiência do sofrimento, ele não pode dar sentido ao que experimenta, nem achar uma saída, sem posicionar-se em relação aos outros, ao grupo. Desta forma, o indivíduo pode interpretar a causa da sua doença, procurar ajuda e cuidado, confrontar-se com reações de empatia ou de rejeição (RAYNAUT, 2006).

O modo de lidarmos com o corpo, com as doenças, com as terapias, com a dor, é amplamente determinado pelas representações sociais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e nossas emoções. Nesse sentido, a problemática das relações entre o material e o imaterial, discutida por Raynaut (2006), é pertinente quando questiona o papel dos fatos culturais na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais. Um enfoque simplificador estabelece relação direta, mecânica, entre meio ambiente e doença. Fugindo dessa simplificação, introduzimos, neste caso, a mediação do social. Evidencia-se, portanto, que o fato de o ser humano organizar-se em sociedade, de ter a capacidade de pensar seu ambiente e agir sobre ele, pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde.

No campo da política e das práticas instituídas com a intenção de produzir bem-estar, a materialidade está explícita, por exemplo, nas leis, nas políticas públicas e nos meios de produção e reprodução de sistemas sociais e sociotécnicos. O rural é um espaço definido, primordialmente, pela produção. O trabalho na agricultura identifica os sujeitos que se intitulam "agricultores". Essa identidade é produtora de valores que adquirem sentido através e na relação com práticas e saberes da experiência e técnico-científicos, que instituem "lugares" de trabalho predominantemente. Assim, o corpo do agricultor e da agricultora é o corpo útil por excelência. Esses rurais habitam, portanto, materialmente, sociedades geográfica e historicamente situadas, de tal modo que esse corpo, útil e valorizado socialmente

pelo que produz, não o é, verdadeiramente, na dimensão dos direitos como acesso a bens e serviços.

No campo da imaterialidade e suas condições referentes à organização social, à cultura, às aspirações individuais ou coletivas, esses elementos podem desempenhar papel objetivo na elaboração de situações de bem-estar (RAYNAUT, 2006). Ser do rural, no sentido mais imaterial do termo, e talvez mais idealizado, também representa oposição ao que o modelo urbano de sociedade tem de hostil.

Essa imaterialidade situa-se, portanto, nas relações sociais, nos valores. Esses processos, em suas dimensões materiais e imateriais, interferem nos eventos capazes de produzir saúde ou doença. Por outro lado, as políticas de saúde, ao mesmo tempo que buscam manter as populações "saudáveis", buscam a gestão e o controle mais efetivo das mesmas, proporcionando condições necessárias à reprodução do modo de produção capitalista. Assim, o corpo útil é identidade e símbolo de inserção social.

Ainda no espaço da imaterialidade, outros elementos são centrais na interação desses sujeitos como os saberes, a cultura, as representações e os valores que os conformam enquanto sociedades organizadas. Os saberes próprios, assentados em uma realidade rural, pautada na relação entre sociedade e natureza, funcionam como um sistema de interpretação que rege as relações dos indivíduos com o meio e influenciam seus comportamentos e práticas socioculturais e de saúde em particular. A saúde, uma necessidade humana fundamental, é constituída (e cientificamente conceituada), predominantemente, no modelo biologicista, intervencionista e de garantia de valores reprodutores das condições de classe. O acesso, desigual aos consumos de bens sociais, expressa essas relações de iniquidade, também, nas diferentes formas e percepções da relação com o corpo e nas atitudes expressas em práticas de cuidado com a saúde e a doença. Por outro lado, os saberes sociais práticos sobre saúde e doença, construídos a partir das interações entre os sujeitos rurais, são ferramentas fundamentais no enfrentamento das adversidades e limitações impostas pela estrutura social marcada pelas desigualdades.

Essa situação dos "de fora" (por vezes de tudo) fundamenta a compreensão da construção de saberes sociais que condicionam estilos de vida nos limites do sistema produtor de exclusão. Assim, entender as complexas e múltiplas formas de interpretação/ação, que constituem a vida social rural exige a apropriação da realidade marcada pelas diferenciações advindas das desigualdades sociais nos distintos processos de interação que se apresentam. As limitações restritivas de escolhas marcam os comportamentos individuais e as práticas coletivas de saúde, definindo e justificando o que é tolerável ou inaceitável nesse contexto social. Esse sistema de ideias, assim condicionado, justifica a situação desses grupos que, por sua vez, condicionam elementos protetores ou não da saúde.

Assim, fatores sociais, próprios do rural, na área em que temos desenvolvido estudos, representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outras. Considerando esses aspectos, tem-se buscado revalorizar os esforços dos sujeitos e grupos no sentido de criar situações capazes de, a partir de dinâmicas próprias ao espaço geográfico e às desigualdades regional e municipal na distribuição de bens e serviços de saúde, constituir sistemas de cuidado à saúde que agreguem a informalidade e as culturas locais. Elaboram-se, portanto, para essa base territorial rural e as coletividades humanas aí presentes, novas questões que buscam respostas aos aspectos envolvidos nos processos de saúde e bem-estar e nas situações de doença. Novos elementos apresentam-se como desafio e interrogam: quais são as implicações decorrentes das desigualdades sociais retratadas no rural, no acesso a serviços de saúde e nas condições de saúde dos grupos sociais estudados? Como a saúde da população é afetada pelo trabalho na agricultura e pelas escolhas dos sistemas técnicos necessários à execução do trabalho (mecanização, agrotóxicos, entre outros)? Quais estratégias sustentam alternativas ou mediações sociais que repercutem na saúde individual e/ou coletiva?

Há que se reconhecer certa frustração pela ausência de garantias da parte do Estado e dos governos, da equidade, da integralidade e da saúde "para todos", da universalidade incluindo "os de fora". Isso alimenta o descrédito dessas coletividades em terem seus direitos respeitados. No entanto, existe a esperança potencial no SUS, referido

pelas coletividades de forma ambivalente, insistentemente idealizado, no sentido de que pode representar uma forma igualitária de acesso a serviços de qualidade, integrados em um sistema solidário e inclusivo de atenção à saúde.

Com o direcionamento deste texto para a apreensão teórica no campo da integralidade, cabe referir que esse princípio é um dos pilares de sustentação da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado pela Constituição de 1988. Assim, a ideia de atenção integral, vinculada ao princípio da *integralidade* em saúde, pressupõe que as ações de saúde sejam direcionadas à prevenção, à promoção e à recuperação e, também, ao reconhecimento do usuário enquanto sujeito de cuidado. Pode-se considerá-la (a integralidade) uma espécie de "condutora ética" na relação com os sujeitos.

A noção de integralidade pode conter elementos para análise e compreensão das representações sociais e das formas de cuidar e realizar a gestão setorial e dos serviços, bem como das práticas em saúde dirigidas a grupos vulneráveis, por exemplo. Em termos de vulnerabilidade programática, no sentido que Ayres et al. (2003) lhe atribuem, podemos considerar os rurais, "os de fora", vulneráveis. Essa noção (de integralidade) assenta-se no cuidado de pessoas, de grupos e coletividades, centrando-se, no usuário, como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido (MACHADO et al., 2007).

Com esses elementos reflexivos, pode-se pensar a ênfase da gestão, organização da atenção e instrumentalização dos trabalhadores no sentido de uma mobilização, de uma ampliação da capacidade dos olhares puramente biológicos para uma melhor capacidade de escuta e atenção às necessidades de saúde e de como elas se constituem como tal na diversidade de usuários e usuárias.

Sob esse enfoque, as necessidades de saúde constituem a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida, que a pessoa viveu ou está vivendo, na procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, na necessidade de ter maior autonomia no modo de viver a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de prolongar sua vida (CECILIO, 2001; MACHADO et al., 2007).

Poder-se-ia argumentar, portanto, que a integralidade da atenção, no espaço específico do rural e de cada serviço de saúde, poderia constituir-se no esforço e trabalho da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades e sofrimentos desses usuários em sua complexidade, o que demandaria que fossem compreendidos em sua expressão singular.

Buscando entrecruzar sentidos e práticas, a dimensão de "integralidade focalizada" pode ser articulada à "integralidade ampliada" ou ao desenvolvimento rural ampliado (TONEZER, 2014), que pressupõe a articulação em rede, institucional, intencional, processual das múltiplas "integralidades focalizadas" que, tendo como epicentro cada serviço de saúde (ou outros), se articulam, em fluxos e circuitos, a partir das necessidades das pessoas, sendo a integralidade no "micro" refletida no "macro" conforme salienta Cecilio (2001).

Na atenção e cuidado aos usuários em contextos rurais, a integralidade ampliada estaria na relação articulada, complementar e dialética, entre a amplitude da integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços em consonância com as diretrizes políticas, técnicas e éticas, adicionalmente. A integralidade pressupõe o uso efetivo de uma ampla rede intersetorial que propicie caminhos diversos a partir das singularidades e dos projetos de vida. Mas como pensar singularidade de sujeitos se a própria definição do rural assenta-se em um "não lugar"? O que é, ou seria, o epicentro da atenção em saúde se os serviços (e a rede) são urbanos e impróprios?

Ampliando a discussão com base em princípios do SUS, as noções de acesso e acessibilidade, inseridas nas discussões da integralidade e, principalmente, reportando às áreas rurais, ganham importância. Após a expansão e a estruturação da oferta de serviços durante o processo de construção do SUS brasileiro, sobretudo o da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou outras nuances.

Colocando "a" ou "as" política(s) na vida prática, do rural brasileiro em particular, acesso e acessibilidade, apesar de serem utilizados de forma ambígua, apresentam significados complementares. Assim, utilizando-se as reflexões de Starfield (2004), a acessibilidade seria a possibilidade que as pessoas têm ou não de chegar aos serviços. Já

o acesso diz respeito à oferta, permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, ou seja, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Nesse sentido, a universalidade insere-se nas suas dimensões ideológicas e operacionais, e pode-se questionar localmente, a partir desses referenciais conceituais: de que modo os serviços de saúde estruturam suas ações e consideram esses elementos – acesso e acessibilidade – nas especificidades do rural? Quais princípios, constitutivos do SUS, estão na base das reflexões que norteiam o planejamento em saúde para as comunidades rurais nos serviços e práticas profissionais desenvolvidas no campo da ação política e técnica da saúde?

Considerando os diversos elementos históricos e teóricos apontados neste texto, e com a clareza de que pouco se conhece a respeito dessa especificidade geossocial, agregam-se, nesta discussão, elementos empíricos oriundos de uma tese de doutorado (COSTA, 2012) que buscou apreender como se produzem as práticas de cuidado pelos profissionais e trabalhadores da saúde atuantes no contexto das comunidades rurais, na dimensão técnica. Essa busca orientou-se pelas representações da violência contra as mulheres dos profissionais e trabalhadores da saúde, e pelas marcas que essas representações impõem a suas intervenções práticas. Tratou-se de discutir e analisar elementos nas práticas de cuidado que sinalizem a perspectiva principalista do SUS, em especial à atenção integral em saúde e para o reconhecimento da saúde enquanto direito.

A prática da integralidade: possibilidades analíticas balizadas pelas representações sociais e ações de cuidado no campo da violência contra mulheres rurais

Na direção do princípio da atenção integral, considerando sua multiplicidade de sentidos, indicam-se atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema de saúde e das práticas de saúde que se contrapõem ao modelo biomédico, colocando a articulação dos saberes e a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional. Os estudos (COSTA, 2012; COSTA; LOPES, 2012) revelaram alguns elementos potencializadores

da atenção integral a mulheres rurais em situação de violência, que se apresentam como ferramentas importantes no processo de construção da ação em saúde. Embora se reconheça a ação isolada, ainda dependente de indivíduos, evidencia-se, neste estudo, que há um tensionamento nas práticas, sobretudo dos agentes comunitários de saúde para a inclusão das violências como eventos do campo de atuação e responsabilidade da saúde, e das usuárias rurais como protagonistas do cuidado, estabelecendo uma relação entre sujeito-trabalhador-usuária.

Por outro lado, o estudo mostrou que a maioria dos profissionais mantém suas ações de cuidado predominantemente orientadas pelo modelo clínico, obscurecendo outros problemas como, por exemplo, a violência doméstica. Como resultado, tem-se a "invisibilidade" desse fenômeno, a (des)articulação das práticas de cuidado entre os profissionais e o "mascaramento" dessa problemática.

Mascarar ou reservar essa problemática, que se aponta neste estudo, mostra certo medo e vergonha pública, e também, deslegitimidade para se envolver em assunto considerado "não sendo seu", da saúde. Isso potencializa o problema no contexto rural em que, no espaço privado, segundo os participantes, são ainda mais arraigadas as desigualdades de gênero e a manutenção da "lei do mais forte". As atitudes citadas fortalecem a negação desse fenômeno no campo da saúde, mostrando novamente a dificuldade desse setor em trabalhar com situações compreendidas como pertinentes à esfera privada e das relações familiares, contribuindo para destituir a violência do alvo de cuidado. A não atuação, nesses "casos", remete ao fato de transpor um problema privado para o espaço público, o que demandaria (des)mascarar as relações de poder entre marido e mulher e as desigualdades presentes nas situações de violência vivenciadas, as quais são potencializadas para as mulheres rurais, sendo mais "cômodo" mantê-las intocadas nas desigualdades de gênero, justificando, assim, a prevalência da assistência em sua dimensão técnica, clínica e biologicista.

Tal evidência mostra que, no modelo de assistência que se apresenta, não se configura possibilidade principalista concreta de atenção integral. Os profissionais apresentam-se sensíveis somente às demandas por cuidado em saúde que envolva o instituído no campo do tratável, não se mobilizando para transformar as práticas diante das

necessidades mais imediatas das mulheres rurais, das suas especificidades e singularidades, nem para ampliar o alcance de suas ações. Em consequência desse modelo persistente, tornam-se ilegítimos "outros" saberes não biomédicos e/ou "outros" problemas sociais, pois reduzem completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico.

O estudo mostrou que uma das limitações e dificuldades do setor saúde é a de aceitar, em seus "modelos assistenciais", problemas – "sofrimentos" complexos – originários do cotidiano social, da vida das mulheres rurais, que não são doenças típicas classificáveis e etiologicamente (cientificamente) definidas. Dessa maneira, a linguagem dos sintomas e diagnósticos da clínica torna-se insuficiente no universo multifatorial e questiona-se: como promover uma "linguagem do não adoecimento" e, sim, da "sensibilidade ao sofrimento" das mulheres, e das rurais em particular, escapando da conduta da medicalização e da medicamentalização pura e simples desses eventos?

Perpetua-se, portanto, a forma de condução pautada na ausência de planejamento e na simples atuação frente às demandas biológicas, protocoladas e a protocolar, que chegam aos serviços. O que não chega, ou chega na forma de "demandas exóticas", entende-se como "não problema" de saúde. Assim, a ação dos serviços permanece reproduzindo atitudes naturalizadoras da violência nas relações de gênero e os profissionais mostram-se desconfortáveis para admitir o "exotismo diagnóstico" da violência sem respaldo em protocolos assistenciais que "enquadrem os casos" e garantam resolutividade padronizada.

Isso expressa, historicamente, as desigualdades de oferta e a acessibilidade geográfica das ações de saúde dirigidas às comunidades rurais. Os serviços ofertados situam-se nas áreas urbanas e são seletivos para responder a demandas "pré-fixadas" que desconsideram as necessidades em saúde condicionadas em cada contexto. Sob esse aspecto, indaga-se: como reduzir as desigualdades a partir da (re) programação de ações e serviços às comunidades rurais?

A consolidação do SUS, mesmo com todas as acumulações e avanços, tem fragilidades que põem em risco sua legitimidade, especialmente ao se considerar a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, às concepções de saúde e às estratégias para alcançar os fins. Todas essas fragilidades são acentuadas na atenção

à violência contra as mulheres, especialmente as rurais, justamente por ser problema do "lá fora", do "externo" do campo de atuação da saúde e, assim, "não legítimo" enquanto demanda a ser enfrentada. Esse "externo à saúde" conjuga-se com as práticas ofertadas para "os de fora", o que potencializa sua incapacidade de responder ao que se espera e como se espera. Essas fragilidades assentam-se, também, no fato de os profissionais não incorporarem, em suas práticas, a compreensão da determinação social dos processos de saúde e doença.

Nessa direção, reforça-se que planejar ações de saúde para as áreas rurais demanda, em primeiro lugar, reconhecer esse contexto como espaço de cuidado em sua singularidade, em que as características epidemiológicas, sociais, culturais, organizacionais são originais, específicas e, também, obrigação do poder público.

Referências

ABRIC, J-C. (Org.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF, 1994.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BECK, F. L. et al. Construção de problemática de pesquisa interdisciplinar na pós-graduação em Desenvolvimento Rural da UFRGS. In: PHILIPPI JR., A.; SILVA NETO, A J. *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação*. Barueri: Manole, 2011. p. 263-297.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

COSTA, M. C. *Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde:* o visível e o invisível na inconsciência do óbvio. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

FERREIRA, S. R. S. *O amor e o namoro me interessam, a Aids nem tanto*! Representações sociais da Aids entre jovens de uma escola estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. Pensar o rural e a saúde: elementos teóricos e metodológicos. In: _____ (Org.). *O rural e a saúde*: compartilhando teoria e método. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2014. (Série Estudos Rurais). p. 10-23.

JODELET, D. Les représentations sociales: regard sur la connaissance ordinaire. *Sciences Humaines*, v. 27, p. 22-24, 1993.

JODELET, D.; MADEIRA, M. C. *Aids e representações Sociais*: a busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale II*. Paris: PUF, 1986.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 320 p.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-65, jun. 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

TONEZER, C. *Velhices rurais na perspectiva do desenvolvimento social ampliado*: estudo de casos múltiplos na Metade Sul do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural). Faculdade de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

Deficiência como um desafio para uma teoria da justiça corporal

Francisco Ortega

Os discursos jurídicos constroem o corpo como uma coisa separada da pessoa. O sujeito de direitos é distinto do corpo, o que permite transações de mercado e sua regulação pública. O corpo legal corresponde, em nosso tempo, ao corpo mercantilizado da cultura de consumo, em que qualquer transformação corporal ou dor é subsumida sob a forma do contrato. Encontrar alternativas para o corpo como propriedade, máquina ou direito de privacidade envolve, segundo Hyde (1997, p. 6), tratar as pessoas como "encarnadas, que não se coíbem da dor, sexo ou outras experiências corporificadas", e substituir as metáforas da máquina, propriedade ou direito de privacidade pela "linguagem da presença ou do abraço físico".

Herring e Chau (2007) têm argumentado, nesse sentido, que os corpos humanos se encontram em um estado de dependência e interligação com outros corpos desde o momento da existência intrauterina até a morte. Os corpos estão em interação permanente com o meio ambiente; não são entidades imutáveis, mas estão em constante transformação. Autores como a professora de *Gender Studies,* Margrit Shildrick (2010), desafiam a ideia de corporeidade como uma entidade padronizada e independente, expressa na noção ético-legal da "integridade física". Experiências proporcionadas por próteses, transplantes de órgãos e outras formas de modificação corporal desafiam a constituição de um corpo "natural" e dos limites

do corpo, bem como a estrutura normativa da corporificação humana pressuposta no direito de propriedade. O corpo nunca é "completo e limitado contra a alteridade, mas se encontra irredutivelmente preso em uma teia de conexões constitutivas que perturbam a própria ideia de ser humano" (SHILDRICK, 2010, p. 13).

As presunções dos textos jurídicos sobre o corpo ignoram a interdependência e a inter-relação dos corpos (intercorporeidade), o que impede a identificação deles, em um sentido simples, como "nos". Assim, a linguagem da propriedade ou posse é confusa e, acima de tudo, moralmente improdutiva. É um exercício fútil identificar a relação que temos com nossos corpos como equivalente ao que temos com os bens materiais. Os procedimentos legais quando se lida com o primeiro não podem ser análogos a procedimentos encontrados quando se trata de invasão de propriedade ou roubo. Por isso, concordo plenamente com a crítica de Alastair Campbell (2009, p. 15) às definições jurídicas do corpo que o circunscrevem dentro dos direitos e obrigações decorrentes do direito de propriedade: "Parece improvável que uma afirmação de direitos de propriedade sobre o nosso corpo, do tipo que detêm (digamos) um pedaço de terra ou uma biblioteca de livros, seja a maneira mais eficaz de nos defender contra as incursões ilegais em nosso espaço pessoal".

As narrativas jurídicas e suas metáforas corporais mais frequentes – o corpo como máquina, propriedade, mercadoria ou direito de privacidade (HYDE, 1997) – reforçam o dualismo mente/corpo tradicional predominante no pensamento filosófico ocidental. A objetivação e a mercantilização do corpo e a desvalorização resultante da experiência física derivam da relação de propriedade no legalismo liberal (HALEWOOD, 1996). As construções liberais da subjetividade legal tratam o corpo como um objeto separado do sujeito, e não como parte integrante da personalidade. Esta separação priva os indivíduos de todas as particularidades e marcas de corporificação necessárias para determinar a igualdade formal dos sujeitos de direitos.

Em nossos sistemas jurídicos, os elementos racionais e volitivos dominam os corporais e emocionais e a obediência à lei deriva da "evidencia da autopresença das normas jurídicas ao poder da razão

do sujeito legal" (CHEAH; GROSZ, 1996, p. 3). Práticas jurídicas que constroem o corpo como propriedade promovem a noção de corporeidade como alienável pelos mercados, em vez de uma concepção que privilegia a corporificação e as experiências físicas do sujeito. A lei deve olhar para os modelos teóricos que mostram e endossam a interligação e interdependência dos corpos. Tomar corporificação como ponto de partida implica o deslocamento do modelo liberal de propriedade à procura de formas alternativas de corporeidade que não se baseiam em relações de propriedade. No âmbito de uma "teoria da justiça material" (ibid., p. 25), as diferenças corporais dos sujeitos perante a lei devem ser respeitadas, com narrativas jurídicas com base em nossa subjetividade corporificada substituindo noções de corporeidade oriundas do direito civil e do direito de propriedade.

Uma compreensão instrumental da corporeidade, expressa nas noções de corpo como máquina, propriedade, mercadoria ou direito privado informa nossas construções de cidadania e também nossas práticas jurídicas (HYDE, 1997). Nesse contexto, é assumido que os indivíduos têm controle sobre seus corpos como cidadãos autônomos, enquanto que aqueles que não têm esse poder se constituem como cidadãos inferiores. A noção de "dis-cidadania" (*dis-citizenship*) evidencia esta situação de cidadania desigual, como é experimentada por pessoas com deficiência e outros grupos e minorias excluídas nas nossas sociedades contemporâneas (DEVLIN; POTHIER, 2006). Cidadania deficiente ou dis-cidadania oferecem o desafio mais radical da cidadania incorporada, visto que pessoas com deficiência, entre outros grupos, estão excluídas da cidadania formal ou substantiva e só podem almejar atingir "cidadania em prestações e de uma maneira pouco confiável" (PRINCE, 2008, p. 33). Os ideais de eficiência e produtividade exigidos ao cidadão consumidor ativo – um empresário de si mesmo, que conduz sua vida "como uma espécie de empresa, buscando aprimorar e capitalizar a própria existência através de atos e investimentos dos calculados" (ROSE, 1999, p. 164) – não pode ser atingido por esses indivíduos (GOGGIN; NEWELL, 2005).

A ideologia da eficiência e produtividade implícita na cidadania ativa e consumista tem sido criticada como produto de um discurso

capacitista (*ableist*),[1] que atribui às pessoas com deficiência um *status* socioeconômico e político inferior (DEVLIN; POTHIER, 2006). Nas sociedades liberais, a promoção da justiça e igualdade implica "a aplicação dos mesmos princípios de avaliação e distribuição a todas as pessoas, independentemente da sua posição ou origem social ou gênero, ignorando assim as diferenças raciais e sexuais e as questões da deficiência" (YOUNG, 2007, p. 79). Na verdade, a "posição original" da teoria da justiça de John Rawls pressupõe indivíduos entrando no contrato social como "livres, iguais e independentes", na formulação de Locke, possuindo aproximadamente as mesmas capacidades físicas e mentais (RAWLS, 1971). Eles são todos cientes de que os seus "vários dotes nativos, como força e inteligência" residem "dentro da normalidade" (RAWLS, 1993, p. 25; ver também NUSSBAUM, 2006, p. 108). Deficiências são postas de lado, pois eles podem prejudicar as pessoas de "ser membros cooperantes da sociedade no sentido usual" (RAWLS, 1993, p. 20). Só os "cidadãos considerados livres, iguais, normais e membros plenamente cooperantes da sociedade durante toda a vida" (ibid.) constituem as partes contratantes do contrato social. Apenas eles são dotados de plena cidadania e regidos pelos princípios políticos básicos expostos na teoria da justiça. Obviamente, essa situação idealizada está limitada a muitos poucos indivíduos e sua gama de aceitação não contempla pessoas com deficiências cognitivas e físicas. A assimetria de poder entre as partes dificulta que as pessoas com deficiência sejam incluídas no contrato social como parceiros de pleno direito (NUSSBAUM, 2006, 2010).

Embora reconhecido como uma "questão prática urgente", Rawls adia os interesses das pessoas com deficiência a uma fase legislativa posterior, uma vez que não são membros da sociedade "plenamente

[1] O termo *"ableism"* (ou "able-bodied") é de difícil tradução, O adjetivo *"able"* é frequentemente traduzido em português como "capaz". O antônimo *"disabled"* é usado em inglês para se referir à pessoa ou corpo deficiente. Uso o neologismo "capacitismo" para traduzir o inglês *"ableism"* pois já tem sido usado em português (ver http://chegadecapacitismo.wordpress.com/2012/11/23/entenda-o-que-e-capacitismo). *"Capacitismo"* descreve a estrutura de poder que, como no caso de sexismo e racismo, torna um grupo de pessoas (pessoas com deficiências) inferiores e dominadas por outro grupo (os indivíduos não deficientes). A ideologia do capacitismo induz estigma social e opressão contra as pessoas física e cognitivamente diferentes (CAMPBELL, F. 2009; LINTON, 2010; MOR, 2006).

cooperantes". A deficiência é tratada como uma questão de caridade e não de justiça básica (NUSSBAUM, 2006, p. 110, 123). Os indivíduos com deficiências ("pessoas distantes de nós, cujo destino desperta piedade e ansiedade", RAWLS, 1971, p. 84) são, para o filósofo norte-americano, objetos de compaixão e podem distrair-nos de fazer julgamentos morais (MALHOTRA, 2006). Além disso, a posição original requer que as partes contratantes, com os olhos vendados pelo chamado "véu de ignorância", sejam privadas de qualquer informação concreta sobre a própria (e a dos outros) raça, sexo, classe, *status*, habilidade, sorte ou inteligência, enquanto que, ao mesmo tempo, pressupõe-se que esses dotes naturais residam dentro do espectro da normalidade. A igualdade liberal exige, por definição, que os sujeitos não possuam características concretas, divorciados de todos os contextos externos, para que eles sejam definidos como moralmente indistinguíveis e formalmente iguais. O legalismo liberal negligencia o contexto sociocultural e as experiências encarnadas dos indivíduos.

Os indivíduos de Rawls são vontades puras sem corpos ou contexto (HALEWOOD, 1996, p. 1346-1347). O sujeito da filosofia liberal da justiça não é uma pessoa real, um "outro concreto", mas um "outro generalizado", membro da abstrata humanidade. A "destruição temporária e heurística de identidade" na posição original da teoria da justiça transforma "pessoas concretas em sujeitos legais generalizados" (DOUZINAS; GEAREY, 2005, p. 127). A pessoa jurídica é "desencarnada, assexuada, uma pessoa estranhamente mutilada" (ibid), um vaso vazio ou cifra que dificulta o reconhecimento de suas características concretas e originais (DOUZINAS, 2008, p. 41).

Tal paradigma cego para a diferença tem sido severamente criticado por movimentos sociais e *scholars* comprometidos com uma política de diferença. Iris Marion Young (2007, p. 80), com razão, argumentou que "a identificação da igualdade com tratamento igual ignora diferenças materiais profundas na posição social, a divisão do trabalho, as capacidades socializadas, os padrões normalizados e modos de vida que continuam a causar desvantagens em membros de grupos historicamente excluídos". Além disso, apesar da ênfase na justiça, dentro dos parâmetros da distribuição social atual, na qual as pessoas são tratadas como apropriadores e consumidores, todos os

aspectos do laço social são considerados como mercadorias a serem possuídas e trocadas (DOUZINAS; GEAREY 2005). Devido a esse padrão moral duplo da teoria da justiça, que, por um lado, impede qualquer reconhecimento sério da diferença e da situação do "outro concreto", enquanto que, por outro, valida a atual situação econômica e o *status quo* social, qualquer explicação da igualdade substancial deve levar em conta a situação material das partes contratantes, a perspectiva moral do "outro concreto" (BENHABIB, 1992). O "véu de ignorância deve ser perfurado" para permitir o conhecimento das identidades das partes contratantes, incluindo a existência de deficiência. Portanto, o *status* de deficiência de uma pessoa não pode ser negligenciado e tem que ser incorporado no desenvolvimento de uma teoria da justiça. Essa mudança concederia às pessoas com deficiência um *status* de cidadania pleno.

Vários autores nos campos dos *Critical Legal Studies* (CLS),[2] *Critical Race Theory* (CRT)[3] e teorias jurídicas feministas têm criticado sujeito da filosofia liberal da justiça como desencarnado, sem gênero nem raça,

---

[2] *Critical Legal Studies* (CLS), ou *Estudos Críticos do Direito*, fazem referência à escola teórica estadunidense que defende uma interpretação antipositivista e politicamente engajada do direito. CLS nasceu na esteira dos movimentos pelos direitos civis da década de 1960, consolidou-se no final da década de 1970 e teve grande influência nos Estados Unidos, sobretudo durante a década de 1980. São alguns de seus representantes, também chamados crits (os participantes do movimento), Duncan Kennedy, Karl Klare e o brasileiro Roberto Mangabeira Unger. A vertente britânica surgida na mesma época dividiu-se entre os que seguiam uma linha marxista apostando no engajamento politico, e os que se filiavam a vertentes desconstrucionistas. Ambas compartilham a convicção de que a lei tende a servir os interesses dos ricos e poderosos, protegendo-os contra as exigências dos pobres e subalternos (mulheres, minorias étnicas, classes baixas, os povos indígenas, deficientes, homossexuais, etc.) por maior justiça. Esta afirmação é muitas vezes associada com o argumento legal realista legal que o que a lei diz que faz e o que ela realmente tende a fazer são duas coisas diferentes. Muitas leis afirmam ter o objetivo de proteger os interesses dos pobres e dos subalternos. Na realidade, elas costumam servir os interesses das elites do poder. CLS introduziu diversas abordagens teóricas no campo do direito, tais como pós-modernismo, teoria queer, psicanálise e estudos pós-coloniais e subalternos (DOUZINAS; GEAREY 2005; KELMAN, 1990; UNGER, 1984).

[3] *Critical Race Theory* (CRT) é uma disciplina acadêmica focada na aplicação da teoria crítica, uma análise crítica da sociedade e da cultura, ao cruzamento de raça, direito e poder. É frequentemente associada com muitas das questões polêmicas envolvidas na busca de igualdade em relação à raça e à etnia. O movimento é vagamente unificado por dois temas comuns. Primeiro, CRT propõe que a supremacia branca e o poder racial são mantidos ao longo do tempo, e, em particular, que a lei pode desempenhar um papel nesse processo. Em segundo lugar, o trabalho da CRT investigou a possibilidade de transformar a relação entre direito e poder racial e, mais amplamente, persegue um projeto de alcançar a emancipação racial e a antissubordinação (DELGADO; STEFANCIC, 2012).

e exigiram uma descrição mais corporificada e contextualizada da justiça que subverta o legalismo liberal e as noções abstratas de personalidade (DEVLIN; POTHIER, 2006; DOUZINAS; GEARY, 2005; MOR, 2006). Acredito que a abordagem de estudos da deficiência[4] pode ser útil para minar os ideais de autonomia e autossuficiência presentes em construções jurídicas contemporâneas da pessoa jurídica. Nesse sentido, o desafio imposto por essa abordagem pode radicalizar a crítica dos *critical legal studies* da personalidade jurídica como sujeito descorporificado. A deficiência desestabiliza o sujeito desencarnado da teoria política e jurídica liberal, subvertendo as noções de eficiência, produtividade, agência racional, autonomia e individualismo que sustentam compreensões liberais de justiça e cidadania (POTHIER; DEVLIN 2006). Subversão que é efetuada mediante a disposição da existência concreta, vivida, carnal dos indivíduos e suas experiências corporificadas no centro das teorias e práticas políticas e legais, desmantelando ideias normalizadoras de corporeidade.

A crítica tradicional dos direitos avançada pelos *critical legal studies* denunciou que todas as alegações de direitos seriam reconhecidos na medida em que mantêm a integridade política do corpo político. Qualquer aparente vitória na luta por direitos civis reforça a teoria legal e política dominante (CHEAH; FRASER; GRBICH, 1996). Autores vinculados à *critical race theory* têm enfatizado a noção de

[4] O campo acadêmico dos estudos da deficiência (*disability studies*) surge no mundo anglo-saxão no fim dos anos 1970, coincidindo com o movimento antipsiquiátrico, o surgimento do feminismo organizado e dos movimentos de raça, tais como o *black power*. Desde sua constituição, a área dos estudos da deficiência tem efetuado um deslocamento desde uma abordagem marxista inicial no começo dos anos 70, ligada à redescoberta da obra de Gramsci no Reino Unido, para posições mais recentes próximas do pós-estruturalismo e do construtivismo social. Os estudos da deficiência baseiam-se no chamado "modelo social da deficiência" (*social model of disability*). A novidade teórica fundamental é a divisão entre "prejuízo" (*impairment*) e "deficiência" (*disability*). Enquanto a primeira remete à condição física da pessoa, a deficiência faz referência a um vínculo imposto por uma sociedade sobre o indivíduo com algum prejuízo. Basicamente, o modelo social da deficiência surge como alternativa ao modelo hegemônico médico-individual com sua ênfase no diagnóstico e que constrói o indivíduo deficiente como sujeito dependente. Mike Oliver o denomina de "modelo da tragédia pessoal". Para os teóricos do modelo social, a deficiência não é uma tragédia pessoal; é um problema social e político. Ela não existe para além da cultura e do horizonte social que a descreve como tal e nunca pode ser reduzida ao nível biológico e/ou patológico. Para eles, só existem atributos ou características dos indivíduos considerados problemáticos ou desvantajosos em si por vivermos em um ambiente social que considera esses atributos como desvantajosos (OLIVER, 1990).

"convergência de interesses" para salientar a forma como as pessoas brancas toleram o empoderamento negro, apenas na medida em que se alinha com os interesses dos indivíduos brancos (BELL, 1980; MILNER, 2008). Assim, quando os interesses das pessoas negras estão em oposição com os das brancas, torna-se mais difícil de concretizar a igualdade racial e o combate ao racismo (LEIGH, 2003). Os indivíduos no poder podem alavancar políticas e práticas de antidiscriminação e fornecer certas acomodações, desde que não alterem seu modo de vida e seus privilégios socioeconômicos e políticos. Portanto, a convergência de interesses, escrevem Castagno e Lee (2007, p. 10), "expõe o egoísmo por trás de muitas das políticas e práticas que possam avançar uma maior igualdade".

Autores que trabalham com uma abordagem de estudos críticos da deficiência incorporaram a crítica oriunda de CLS e CRT, utilizando a noção de convergência de interesse para explorar os limites da tolerância liberal com a deficiência. Esta atitude é óbvia, por exemplo, na relação entre as atitudes paternalistas, a ideologia do capacitismo e a subordinação das pessoas com deficiência. Atitudes simpáticas para com as pessoas com deficiência convivem com sua subordinação social e econômica e sua representação como dependentes, assexuadas e economicamente improdutivas (CAMPBELL, F., 2009). Nesse contexto capacitista, o prejuízo (*impairment*) é visto como a única fonte do problema da deficiência (*disability*), minimizando as respostas sócio-políticas ao primeiro e as barreiras incapacitantes da sociedade. Num contexto socioeconômico em que o apoio e ajudas financeiras fornecidas por sistemas de proteção social governamentais para facilitar a plena equalização de oportunidades estão se tornando cada vez mais difíceis, as pessoas com deficiência têm de recorrer ao sistema judicial para obter reparações e serviços para atenuar o efeito de prejuízo (*impairment*) e garantir uma compensação econômica pela sua perda (CAMPBELL, F., 2009).

De maneira análoga ao caso da raça, compensações por deficiência são concedidas na medida em que mantém e fortalecem a normalização capacitista dos corpos. O poder da lei para gerar incapacidade e "legalizar o capacitismo" (MOR, 2006) exige que o litigante deficiente aja de acordo com as normas do capacitismo. Isto implica que ele

represente seu papel de deficiente, ou seja, que reduza sua experiência social e subjetiva de viver com uma deficiência (*disability*) às limitações impostas pelo prejuízo (*impairment*). Versões legais da deficiência requerem que o deficiente represente seu prejuízo, que adopte a deficiência no seu corpo e que abrace a narrativa do sofrimento (o chamado "modelo da tragédia pessoal", nos estudos da deficiência). Qualquer leitura alternativa de convivência com prejuízos (*impairment*) que denote alegria ou ambivalência *vis-à-vis* a deficiência/prejuízo não é prontamente aceita pela lei. Restrições legais "tornam impossível que essas estórias sejam ouvidas e reconhecidas" (ROVNER, citado em CAMPBELL, F., 2009, p. 132).

Neste sentido, a estratégia que pode ser sugerida vai além da apresentação e avaliação das decisões judiciais e políticas legais em relação aos direitos das pessoas com deficiência, já que constituem apenas compensações individuais. Tratar-se-ia de explorar, em vez disso, como os pesquisadores e ativistas de CLS e CRT têm insistido, como as lutas e resistências são domesticadas dentro do ambiente legal. Reivindicações de justiça na forma de direitos a serem reconhecidos ou dirimidos em disputas legais têm efeitos alienantes e desempoderantes para as pessoas marginalizadas e, especialmente, para as pessoas com deficiências. Além disso, essas reivindicações atestam o fracasso dos governos e do sistema de bem-estar para dar apoio e auxílios financeiros para esses indivíduos, deixando-os sem opções a não ser a de buscar soluções e serviços para atenuar o efeito do prejuízo (*impairment*) e compensação monetária no ambiente incerto e geralmente caro dos tribunais (CAMPBELL, F., 2009).

Finalmente, e ainda mais problemático, a justiça enquanto reconhecimento de direitos nos tribunais obscurece o fato de que os benefícios e compensações por incapacidade (*disability*) só são resolvidos na medida em que não só mantém, mas também reforçam a normalização capacitista dos corpos, prolongando a estigmatização e a exclusão de indivíduos com deficiência da inclusão plena e da participação na sociedade.

Daí a importância não apenas teórica mais sociopolítica e ética de mapear instâncias em que a existência corpórea dos indivíduos é incorporada no processo legal, incluindo a construção de narrativas

jurídicas repletas de suas metáforas corporais de máquina, propriedade, mercadoria, e direitos de privacidade. Essas narrativas são informadas pelo predomínio das relações de propriedade dentro de legalismo liberal que resulta na descorporificação da personalidade jurídica. A filosofia política e jurídica liberal considera o corpo como separado do sujeito, o qual não seria relevante para descrever a personalidade, prolongando assim o dualismo mente/corpo tradicional predominante no pensamento filosófico e médico ocidental que informa a teoria e a prática jurídica.

No contexto sócio-jurídico, a relação com o próprio corpo torna-se compatível com as relações que mantemos com os bens materiais na medida em que são regulamentados através do direito da propriedade. A última consequência seria a mercantilização total da personalidade humana, incluindo nossos corpos, promovida pela filosofia do livre mercado (CAMPBELL, F., 2009).

Essas construções jurídicas do corpo, que desconsideram a natureza corpórea do indivíduo e suas experiências subjetivas incorporadas, incluindo o fato de que os corpos são dependentes e interligados com outros corpos e com o meio ambiente, são incapacitantes e alienantes. Os modelos teóricos que dão primazia à natureza encarnada do sujeito de direitos deslocam o paradigma da propriedade e suas metáforas dualistas, e reconhecem e respeitam plenamente as diferenças corporais dos indivíduos perante a lei.

Acredito que os estudos da deficiência podem oferecer uma importante contribuição para o desenvolvimento de tal teoria da justiça corporal e radicalizar a crítica à personalidade desencarnada e abstrata da filosofia liberal da justiça realizada pelo CLS, CRT e os estudos legais feministas. A deficiência desconstrói os ideais de autonomia, eficiência, produtividade, agência racional e individualismo implícito nas noções liberais de justiça e cidadania. Esses princípios da liberdade e autonomia não refletem a vivência real das pessoas com deficiência. Independência e autonomia são projeções de uma sociedade capacitista. A ilusão do indivíduo independente e autônomo foi desestabilizada pelos estudos da deficiência, que se apoiam em conhecimentos desenvolvidos pela literatura feminista da chamada "ética do cuidado" (KITTAY, 1998). Ao expor a interligação das pessoas e seus corpos,

desafiam a reivindicação de autonomia entendida como independência e soberania e avançam em direção às noções de interdependência e relacionalidade. A independência é uma ficção liberal que esconde toda uma gama de sistemas de apoio e de dependência, pois todos nós somos interligados, seres relacionais e dependentes (CAREY, 2009). Nesse sentido, os estudos sobre a deficiência deram um passo de maior alcance em teorizar essas questões.

Nos círculos acadêmicos pós-modernos e pós-estruturalistas, a alegação da "indignidade de falar pelos outros", de Gilles Deleuze, continua a ser um ideal sedutor do pensamento emancipatório e uma crítica de atitudes paternalistas e condescendentes (BÉRUBÉ, 2010, p. 103). Concordo plenamente com Michel Bérubé, segundo o qual, para algumas pessoas com deficiências cognitivas graves, a forma mais segura de reconhecer seus direitos e dignidade é justamente assumindo sua profunda dependência e delegando a seus tutores (*guardians*) os plenos direitos e a responsabilidade de falar por eles. Forte ênfase na delegação (*surrogacy*) e em uma ética da tutela substitui os ideais de autonomia e autorrepresentação. Delegação e tutela (que não devem ser confundidos com atitudes paternalistas) se tornam o meio mais seguro de conceder às pessoas com deficiência não apenas direitos sociais e econômicos, bem como igualdade na educação, mas também direitos políticos e civis na base da plena igualdade.

Referências

BELL, D. Board of education and the interest convergence dilemma. *Harvard Law Review*, v. 93, p. 518-33, 1980.

BENHABIB, S. Situating the self: gender, community and postmodernism in contemporary ethics. New York: Routledge, 1992.

BÉRUBÉ, M. Equality, freedom, and/or justice for all: a response to Martha Nussbaum. In: KITTAY, E. F.; CARLSON, L. (Org.). *Cognitive disability and its challenge to moral philosophy*. Malden and Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. p. 97-109.

CAMPBELL, A. *The body in bioethics.* London and New York: Routledge, 2009.

CAMPBELL, F. K. *Contours of ableism*: the production of disability and abledness. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009.

CAREY, A. *On the margins of citizenship*: intellectual disability and civil rights in twentieth century America. Philadelphia: Temple University Press, 2009.

CASTAGNO, A. E.; LEE, S. J. Native mascots and ethnic fraud in higher education: using tribal critical race theory and the interest convergence principle as an analytic tool. *Equity and Excellence in Education*, v. 40, p. 3-13, 2007.

CHEAH, P.; GROSZ, E. The body of the law: notes toward a theory of corporeal justice. In: CHEAH, P.; FRASER, D.; GRBICH, J. (Org.). *Thinking through the body of the law*. New York: New York University Press, 1996. p. 3-25.

CHEAH, P.; FRASER, D.; GRBICH, J. Introduction: The Body of the Law. In: _____. (Org.). *Thinking through the body of the law*. New York: New York University Press, 1996. p. xi-xix.

DELGADO, R.; STEFANCIC, J. *Critical race theory*: an introduction (Critical America Series). New York: New York University Press, 2012.

DEVLIN, R.; POTHIER, D. Introduction: toward a critical theory of dis-citizenship. In: POTHIER, D.; DEVLIN, R. (Org.). *Critical disability theory*. Essays in Philosophy, Politics, Policy, and Law. Vancouver: University of British Columbia Press, 2006. p. 1-22.

DOUZINAS, C.; GEAREY, A. *Critical jurisprudence*. The political philosophy of justice. Oxford and Portland: Hart, 2005.

DOUZINAS, C. Human rights and empire. The political philosophy of cosmopolitanism. Abingdon and New York: Routledge, 2008.

GOGGIN, G.; NEWELL, C. Foucault on the phone. Disability and the mobility of government. In: TREMAIN, S. (Org.). *Foucault and the government of disability*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2005. p. 261-277.

HALEWOOD, P. Law's bodies: disembodiment and the structure of liberal property rights. *Iowa Law Review*, v. 18, p. 1331-3, 1996.

HERRING, J.; CHAU, P. L. My body, your body, our bodies. *Medical Law Review*, v. 15, p. 34-61, 2007.

HYDE, A. *Bodies of law*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

KELMAN, M. *A guide to critical legal studies*. Harvard: Harvard University Press, 1990.

KITTAY, E. *Love's Labor*: essays on women, equality, and dependence. New York: Routledge, 1998.

LEIGH, P. R. Interest convergence and desegregation in the Ohio Valley. *Journal of Negro Education*, v. 72, p. 269-96, 2003.

LINTON, S. Reassigning meaning. In: DAVIS, L. J. (Org.). *The disability studies reader*. New York and London: Routledge, 2010.

MALHOTRA, R. Justice as fairness in accommodating workers with disabilities and critical theory: the limitations of a Rawlsian framework for empowering people with disabilities in Canada. In: POTHIER, D.; DEVLIN, R. (Org.). *Critical disability theory*. Essays in Philosophy, Politics, Policy, and Law. Vancouver: University of British Columbia Press, 2006. p. 70-86.

MILNER, H. R. Critical race theory and interest convergence as analytic tools in teacher education policies and practices. *Journal of Teacher Education*, v. 59, p. 332-46, 2008.

MOR, S. Between charity, welfare, and warfare: a disability legal studies analysis of privilege and neglect in Israeli disability policy. *Yale Journal of Law and the Humanities*, v. 18, p. 63-136, 2006.

NUSSBAUM, M. *Frontiers of justice*: disability, nationality, species membership. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2006.

_____. The capabilities of people with cognitive disabilities. In: KITTAY, E. F.; CARLSON, L. (Org.). Cognitive disability and its challenge to moral philosophy. Malden and Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. p. 75-95.

OLIVER, M. The politics of disablement. London: The Macmillan Press, 1990.

POTHIER, D.; DEVLIN, R. (Org.). *Critical disability theory*. Essays in Philosophy, Politics, Policy, and Law. Vancouver: University of British Columbia Press, 2006.

PRINCE, M. J. Claiming a disability benefit as contesting social citizenship. In: MOOS, P.; TEGHTSOONIAN, K. (Org.). *Contesting illness*: processes and practices. Toronto: University of Toronto Press, 2008. p. 28-46.

RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971.

_____. *Political liberalism*. New York: Columbia University Press, 1993.

ROSE, N. *Powers of freedom*. Reframing political thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1999

SHILDRICK, M. Some reflections on the socio-cultural and bioscientific limits of bodily integrity, *Body & Society*, v. 16, p. 11-22, 2010.

UNGER, R. M. *The critical Legal studies movement*. Harvard: Harvard University Press, 1996.

YOUNG, I. M. Structural injustice and the politics of difference. In: APPIAH, K. A. et al. (Org.). *Justice, governance, cosmopolitanism, and the politics of difference:* reconfigurations in a transnational world. Distinguished W. E. B. Du Bois Lectures 2004/2005, Berlin: Der Präsident der Humboldt- Universität zu Berlin, 2007.

Discapacidad: abordajes desde el modelo social, el cuerpo y el cuidado integral

María Pía Venturiello

Las experiencias en torno a la discapacidad se relacionan con los significados que las sociedades le otorgan a los cuerpos. La idea predominante en torno a este tema se asocia al "modelo médico" según el cual las personas con discapacidad son portadoras de un cuerpo deficitario que debe corregirse. Así, ser y portar una corporalidad clasificada como "anormal" y "no saludable" implica ser objeto de asistencia y padecer una forma de opresión social. Esta supone por un lado, impedimentos a la inserción en el proceso productivo y, por otro lado, la estigmatización a la que conlleva ser concebido como "dependiente", "improductivo" e "indeseable" (ABBERLEY, 2008; OLIVER, 1998, FERRANTE, 2013).

Las categorías de normalidad-anormalidad se han construido en relación al saber médico, y forman parte de la ideología que sustenta la marginalidad impuesta a las personas con discapacidad (ANGELINO, 2009; FERREYRA, 2009; FERRANTE, 2014). De allí, que el cuestionamiento sobre el cuerpo deficiente implique el interrogante sobre las nociones médicas que definen qué es sano-enfermo, normal-anormal. Al utilizar estas categorías, la biomedicina delimitó un objeto de intervención fisiológico, mensurable y corregible, para lo cual despojó al cuerpo humano de su historia, subjetividad y contexto.

Sin embargo, es posible recuperar al cuerpo como parte de una totalidad, donde se recrean emociones y desde el cual se crea el mundo. Resignificar los sentidos en torno al cuerpo deficitario, a

partir de sus aspectos sociales y políticos, forma parte de un avance conceptual del "modelo social de la discapacidad". Esto requiere incorporar el análisis vinculado a la salud, pero no ya desde una lectura biomédica, sino desde una mirada integral que privilegia la dimensión de alteridad del sujeto (AYRES, 2004, 2011; PINHEIRO, 2006, 2007, 2010). En esta línea, la salud colectiva propone al cuidado integral como un valor orientado a comprender al ser humano como una totalidad y al abordaje la salud como derecho de ser. Lejos de reducirse a la esfera médica, lo que acontece en este campo tiene connotaciones políticas e implica el respeto por el modo en que los sujetos organizan y valorizan su propia vida (PINHEIRO, 2007, 2010). En el caso de la discapacidad, supone incluir la dimensión de la opresión que viven las personas, mediante la indagación de las percepciones corporales en los procesos de rehabilitación, tanto como en espacios no connotados por el saber médico.

En este artículo, atendiendo a la importancia del cuerpo como territorio de la dominación y la creatividad, se analizan las percepciones en los procesos de rehabilitación y en los entornos espaciales urbanos de las personas con discapacidad motriz. A tal fin, este escrito se compone de la presente introducción y tres apartados. En primer lugar, se presentan algunos planteos del modelo social de la discapacidad en relación a la categoría de cuerpo y el cuidado integral. En segundo lugar, se desarrolla la experiencia de las personas con discapacidad en los servicios de salud y, en tercer término, como ese cuerpo se construye en deficitario en entornos espaciales[1]. Por último se presentan las conclusiones.

La salud que integra: cuerpo y modelo social de la discapacidad

La antropología del cuerpo ha planteado que aquello que se asocia a lo biológico y, por lo tanto, se lo considera independiente del orden social está, sin embargo, constituido por pautas culturales, así como

[1] Este análisis se base en el trabajo de campo realizado para la tesis doctoral *Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida cotidiana, el cuidado y la rehabilitación en el Área Metropolitana de Buenos Aires*, en la que se entrevistaron a 28 adultos mayores de 50 años con discapacidad motriz (varones y mujeres) de niveles socioeconómicos medio y bajo que residen en el Gran Buenos Aires.

por condiciones históricas, sociales y políticas. "El instrumento más primitivo del hombre" (MAUSS, 1979) -el cuerpo- está condicionado en su existencia, usos y hábitos por el contexto social en que emerge. De modo que pueden encontrarse tantas expresiones y sentidos de lo corporal como grupos humanos, lo que evidencia que no puede existir un solo modo de vivir la discapacidad ni de comprenderla. En este sentido, en la modernidad, la construcción de la discapacidad se basó en un modo de entender al cuerpo como un ente puramente biológico y universal, escindido de su entorno, de otros cuerpos y del sujeto (LE BRETON, 1995). La noción de cuerpo deficitario, que refiere a una falla corporal y presupone la noción de un cuerpo normal fue parte de tal construcción, que relegó la discapacidad a un problema médico e individual.

Los cuestionamientos a esta concepción surgieron en la década del 70 y su expresión más clara son los "*disability sutudies*" que ubicaron el origen de la discapacidad en la opresión de la sociedad y desestimaron el aspecto biológico. Para ello se planteó una distinción entre deficiencia y discapacidad (UPIAS, 1976 en HUGGES; PATERSON, 2008). La primera responde al orden biológico y no implica ninguna connotación negativa, sino que es el orden social el que genera desventajas a una parte de la población cuyas necesidades específicas no son contemplados para su desenvolvimiento. De allí, que la deficiencia y todo lo concerniente a lo corporal fuera ignorado por estos estudios. Si bien constituye un acierto postular que la discapacidad se origina en una forma de dominación social- y no en un problema de salud- se postergó la discusión acerca de cómo esa opresión se ejerce sobre los cuerpos. Las nuevas reformulaciones del modelo social señalan que la opresión está encarnada (HUGHES; PATERSON, 2008), puesto que sobre el cuerpo se ejercen "violaciones y prácticas esclavizantes" (ABBERLY, 2008) que generan una experiencia alienada de la propia corporalidad y conforman el *habitus* de la discapacidad, que implica una percepción de menosprecio sobre sí mismo (FERRANTE; FERRYERA, 2007).

La segregación espacial y productiva de estos cuerpos, evidencian la necesidad de plantear cómo se construye socialmente la "deficiencia" que indica una falta en relación al cuerpo normal. El origen y

desarrollo del concepto de normalidad está asociado a la racionalidad científica y moderna, así como al proceso de medicalización de las sociedades. Foucault (2008) plantea que el par conceptual "normal-anormal" se origina en la búsqueda por tornar dóciles, previsibles y útiles a los sujetos en la sociedad disciplinaria y permite señalar aquello que debe ser controlado, corregido o castigado. Así, en el capitalismo la medicina se instituye en una tecnología del cuerpo social que, a través de la idea de normalidad, opera sobre la conciencia y la fisiología de los individuos, con el fin de adaptarlos al orden imperante y en función del desarrollo de las fuerzas productivas (Foucault, 1990). En este contexto, la discapacidad es construida como una abyección que debe controlarse y como un cuerpo improductivo destinado a la marginalidad.

Acerca del peso de las catalogaciones médicas en las relaciones sociales, Menéndez (2001) subraya que las investigaciones biológicas generan concepciones de gran influencia en la vida cotidiana. Las definiciones biomédicas conforman un marco de referencia para designar a los sujetos considerados diferentes; ello conduce a estigmatizaciones sociales basadas en lo biológico e implica que los significados en torno del cuerpo se consideren como el parámetro para la conformación de identidades, alteridades y racismos. En este contexto, la ciencia médica tiene el poder de designar a los no saludables, es decir, quienes conforman la otredad marginada e indeseable. Así, el uso de determinados elementos, asociados a prescripciones médicas, como las órtesis tienen una connotación moral negativa que presupone la dependencia y la inferioridad (LÓPEZ GONZÁLEZ, 2008).

En este sentido, resulta necesario retomar el análisis del cuerpo y su salud desde una perspectiva que no reproduzca los discursos y prácticas opresivas del modelo biomédico e incorpore las percepciones de los usuarios de los servicios de salud. Así, el cuidado integral de la salud, en tanto supone una mirada integral del ser, permite incorporar al cuerpo en tanto territorio de la opresión de las personas con discapacidad. Asimismo, plantea una ruptura epistemológica y política según la cual los sujetos conforman una totalidad donde se integran el cuerpo, la mente y sus condiciones sociales e históricas, junto con la alteridad humana y el respeto de esas diferencias (AYRES, 2004,

2011). Desde esta perspectiva de la salud, surgen interrogantes que deben retomarse a fin de lograr una incorporación de los estudios del cuerpo y la discapacidad en un sentido creativo. Estos apuntan a rescatar las percepciones de las personas con discapacidad en sus procesos de rehabilitación, sus maneras de comprender este proceso y el modo en que perciben su corporalidad en los entornos espaciales.

El cuerpo en la rehabilitación

Las personas pueden atravesar procesos de rehabilitación en alguna etapa de su vida o de modo permanente, según las necesidades de cuidados médicos de cada cuerpo y el tipo de afección. En general, se trata de un proceso de transformación en el cual se encuentran comprometidos sentimientos y vivencias contradictorios que se acompañan de una reorganización de la vida cotidiana. Esos cambios responden a una combinación de factores entre ellos: enfrentarse a la opresión social, al dolor físico y la esperanza de la restitución de la normalidad.

Dado que la discapacidad implica experimentar una inadecuación de las disposiciones corporales con el entorno físico no adaptado, el tránsito por la rehabilitación implica afrontar una suerte de percepción de pérdida de control sobre el propio cuerpo. Cuando la discapacidad es adquirida en la edad adulta esta percepción es más intensa, puesto que se llevan años viviendo con otra *hexis* corporal (Bourdieu, 1986), así como con hábitos inconscientes sobre el uso y funcionamiento del propio cuerpo que deben reformularse. Estos desajustes y los peligros que suponen para la estabilidad de estos cuerpos los entornos no adaptados, generan emociones de “temor” y “terror”.

Para quienes están atravesando estos tratamientos, la rehabilitación constituye nuevos aprendizajes sobre cómo caminar, vestirse, comer, hablar, usar las prótesis y aparatos según las necesidades de cada cuerpo. El nuevo aprendizaje sobre cómo vivir también se refiere a la reconfiguración de la identidad que supone poseer un cuerpo que no se ajusta a la categoría de normalidad, a la vez que un cuestionamiento a esta noción. Por un lado, se intenta recobrar la normalidad perdida o nunca alcanzada según las definiciones del saber médico, que enuncia una serie de síntomas mediante un diagnóstico

de discapacidad/anormalidad y con ello materializa esta categoría en un cuerpo determinado (VALLEJOS, 2009). Esta constatación de la inadecuación del propio cuerpo con las características del cuerpo normal y legítimo conlleva a desarrollar una carrera moral hacia la identidad deteriorada (GOFFMAN, 2006). De allí "el duelo" de la identidad que se transforma y la necesidad de "madurarlo". Parte de este tránsito, son los sentimientos de pudor y vergüenza al percibir la reprobación social de su nueva condición.

Por otro lado, frente a los sentimientos de desorden e inseguridad, la expectativa hacia el tratamiento se vincula a la recuperación del dominio del propio cuerpo. En esta búsqueda, el sentido de lo normal como modelo único de ser, parece y actuar se desplaza hacia otro sentido, que indica la construcción del orden del propio mundo. Recobrar la normalidad ya no es adherirse a una norma o quedar expulsado del reconocimiento social sino construir el propio orden, un nuevo "cosmos" en la vida de cada usuario, que se vio alterado por la discapacidad. Este sentido de la norma está en relación con el que le otorga Canguilhem (1966), en tanto toda normatividad es necesaria para la vida, no como regla que se ajusta a un orden preestablecido sino como pauta que mantiene vivos a los organismos al permitirles manera singulares de relacionarse con el medio externo. De este modo, los usuarios que buscan recobrar la normalidad aspiran a una nueva organización de su vida cotidiana en la que puedan desempeñar actividades y trabajos. El propósito de modificar sus particulares condiciones físicas hacia un estándar reconocido como el correcto y sano cede lugar a la reconstrucción de un nuevo orden corporal y de actividades de acuerdo a su propia medida y necesidades singulares. Parte de la reconstrucción de un nuevo orden corporal y cotidiano supone una acumulación de conocimiento sobre las propias necesidades y cómo atenderlas. Se trata de un conocimiento práctico e intuitivo adquirido en la historia personal como pacientes y fortalecido entre los que llevan más años conviviendo con la discapacidad. Ellos conocen muy bien sus síntomas o posibles desarreglos físicos, así como la historia de sus manifestaciones. La convivencia con la propia dolencia les otorga un conocimiento sobre sí mismos que supone una combinación de las propias percepciones con los saberes médicos que provee el profesional de la salud.

Adicionalmente, puesto que la discapacidad no es un problema de salud, aunque requiera cuidados de salud, los entrevistados encuentran problemas a su desenvolvimiento, aún cuando han realizado tratamientos que les facilitaron un mayor dominio de sus posibilidades físicas. A pesar de las nuevas herramientas que se adquieren en la rehabilitación, fuera de las instituciones de salud persisten los sentimientos de temor y peligro. La vida cotidiana, habitar el espacio del hogar y, más aún, el espacio público, refuerzan la inseguridad que se origina al constatar un mundo que no se corresponde con las nuevas aptitudes y destrezas adquiridas. Los testimonios de los entrevistados sobre la percepción del propio cuerpo muestran la inseguridad que les genera el entorno y las implicancias que ello supone en la construcción de un cuerpo dependiente. Estas inseguridades se sustentan en la existencia de un mundo inaccesible, que los entrevistados perciben como un espacio lleno de peligros para sus necesidades. El énfasis puesto en la adaptación del individuo y el descuido en la accesibilidad de los ambientes impide que desarrollen una vida independiente. De esta manera se abandona a la persona en el proceso de aplicar los nuevos aprendizajes en su vida fuera de las instituciones de rehabilitación.

Aún en los casos de mayor apoyo en la adquisición de los nuevos aprendizajes, las condiciones estructurales requieren de transformaciones más profundas que permitan una apropiación del medio por parte de las personas con discapacidad: circular, hacer uso e intervenirlo de acuerdo a sus necesidades. Es decir que la experiencia entorno del cuerpo y la salud dentro de los servicios de salud, tiene como límite en el desenvolvimiento de ese cuerpo frente a los entornos cotidianos y los espacios en común. De allí que nos dediquemos al desenvolvimiento de estos cuerpo en el espacio urbano.

El cuerpo y su entorno: el espacio urbano

Milton Santos (1988) refiere a cómo la estructura urbana está en relación e interacción con otras estructuras de la sociedad. Las calles, los edificios, las rampas, las veredas, las plazas, los ascensores y los baños clasifican los cuerpos de acuerdo a su posibilidad de desenvolverse en esos espacios y limitan o potencian sus capacidades. Entorpecer el desplazamiento de los cuerpos tiene implicancias en la

subjetividad y en la vida cotidiana de los sujetos, puesto que atenta contra los intercambios con la circulación de bienes en los espacios y en el modo de relacionarse con otros. De acuerdo con Bourdieu (1999), el espacio físico está en concordancia con el espacio social. En este sentido, las desventajas asociadas a ser portador de un cuerpo con discapacidad se expresan en los obstáculos al desplazamiento tanto como en los lugares donde les resulta más fácil permanecer. Sobre esto cabe la reflexión de Coriat (2003), quien sostiene que la arquitectura evidencia los dramas humanos y los conflictos sociales. A modo de ejemplo, para una persona con discapacidad motriz una escalera no implica solo un inconveniente funcional sino que también es fuente de problemas afectivos y vinculares.

La accesibilidad del espacio urbano tiene consecuencias en la vida cotidiana y en el goce de los derechos de las personas en general, y aquellas con discapacidad, en particular (CORIAT, 2003; BENARDELLI-FUNDACIÓN PAR, 2006). Desenvolverse en la vía pública y ser usuario de transportes públicos parece requerir un nuevo "aprendizaje". Éste se vincula con saber afrontar los peligros que estos ámbitos suponen y, así, evitar caídas u otros accidentes causados por las frenadas abruptas, empujones de los transeúntes, etc. También, implica sobreponer el miedo que origina la toma de conciencia de estos peligros.

Para las personas con discapacidad un espacio que favorece su aislamiento es también un espacio que genera pérdida de autonomía. Se entiende autonomía como una construcción entre sujetos, y no de un individuo que prescinde de los otros (SOARES; CAMARGO, 2007). En términos de discapacidad, contar con mayor autonomía es disponer de más relaciones y un medio que posibilite el desenvolvimiento de los diferentes cuerpos existentes. Frente a las barreras arquitectónicas los entrevistados tienen más chances de quedar aislados, sin más relaciones que las que entablan con sus cohabitantes. De esta manera, se refuerza la dependencia hacia unos vínculos en la medida en que se impide la consolidación de las redes sociales. La imposibilidad o dificultad para habitar un espacio, cuando no es por opción, sino por imposición, significa estar excluido de lo que allí acontece y trae perjuicios a la realización de actividades y al encuentro con otros.

Las características del transporte y la edificación son dos de los indicadores urbanos que señalan la posibilidad de gozar del "derecho a la ciudad" (CATENAZZI; REESE, 2010). Esto implica el derecho a acceder a los núcleos comerciales, políticos e institucionales de una sociedad y al entramado de redes sociales que se gestan en torno de estos centros. Allí circulan los bienes necesarios para satisfacer las diferentes necesidades de reproducción social. De este modo, la falta de acceso a la ciudad, y de accesibilidad en su seno, están en estrecha relación con las desigualdades sociales y la incomunicación (CATENAZZI; REESE, 2010).

La percepción de inseguridad de sus cuerpos ante el entorno hostil que devuelve la ciudad se manifiesta en las emociones de las personas con discapacidad respecto del tránsito por la vía pública: "bronca" y "enojo" por las barreras arquitectónicas y "temor" e "inseguridad" por los riesgos de accidentes o caídas que les significan la falta de espacios adaptados. Esto implica un deterioro de los estados anímicos de las personas y una fuente de conflictos con los familiares, especialmente con el familiar que desempeña el rol de cuidador.

De este modo, si la posición que las personas ocupan en el espacio físico se relaciona con la posición en el espacio social, se deduce un lugar de menosprecio social (HONNET, 1997) hacia las personas que transitan por la vía pública con sillas de ruedas, bastones u otras ayudas. Así, la ciudad está pensada en términos del "cuerpo hegemónico" (BOURDIEU, 1986). Esto es, según unos parámetros arbitrarios que plantean que el cuerpo humano deseable es uno, relegando las infinitas formas y estados posibles a desviaciones que han de marginarse.

A modo de cierre

En este trabajo se presentaron algunas planteó la necesidad de incorporar a la categoría cuerpo dentro del modelo social de la discapacidad. Ello condujo a retomar la perspectiva de la salud integral (PINHEIRO, 2010), que permitió recuperar la experiencia de las personas en sus procesos de rehabilitación, así como las percepciones de sus cuerpos en relación al espacio físico por fuera de las instituciones de salud.

Los cuestionamientos a la noción de normalidad y la incorporación del punto de vista de quienes encarnan esa construcción social, permite plantear al cuerpo como depositario y generador de significados, a la vez que creador de percepciones (VENTURIELLO, 2010). De allí, que desde un cuidado integral se deba atender y potenciar aquellas expresiones del cuerpo que sean creativas y, por lo tanto, permitan resistir la dominación que los aliena. Las ideas de nuevos aprendizajes y una adaptación dinámica, no unilateral, entre el entorno espacial y el cuerpo con discapacidad, señalan una orientación destinada a flexibilizar los funcionamientos bio-médicos, espaciales y urbanos que en su rigidez limitan la participación social de las personas con discapacidad.

Asimismo, avanzar en un desarrollo espistemólogico que integre la mirada crítica a la atención en salud de la discapacidad requiere abordar, junto con los aspectos de las experiencias, la dimensión de las desigualdades sociales. Así, elcuidado de las personas con discapacidad requiere, por un lado, la construcción de un entorno espacial y urbano en el que éstas puedan desempeñarse autónomamente y una dinámica adaptación del medio a sus necesidades y, por el otro, atenciones en los servicios de salud que no reproduzcan modalidades de recuperación basadas en las categorías de lo normal y lo abyecto, sino que incorporen el punto de vista singular de los usuarios. Ese cuidado supone voluntades y esfuerzos conjuntos, que incluyen a varios sectores de la sociedad.

Referencias

ABBERLEY, P. Trabajo, utopía e insuficiencia, en Barton, Len (comp.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata, 1998. p. 77-96.

ANGELINO, M. A. Ideología e ideología de la normalidad. En: ANGELINO, A.; ROSATO, A. (Coords.). *Discapacidad e ideología de la normalidad.* Desnaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc, 2009. p. 215-230.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). *Cidadania no cuidado.* O universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BENARDELLI-PAR. Accesibilidad al medio físico y comunicacional. En: FUNDACIÓN PAR. *La discapacidad en Argentina, un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005*. Buenos Aires: Fundación Par, 2005.

BOURDIEU, P. Efectos de lugar. En: _____. (dir.) *La miseria del mundo.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1999.

_____. *Materiales de sociología crítica (Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo).* Madrid: La Piqueta, 1986.

CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico.* Buenos Aires: Siglo XXI, 1966.

CATENAZZI, A.; REESE, E. La dinámica del crecimiento urbano, el déficit habitacional y las asignaturas pendientes. Derecho a la ciudad. *Voces en el Fenix*, añp 1, n. 1, junio 2010.

CORIAT, S. *Lo urbano y lo humano.* Hábitat y discapacidad. Buenos Aires: Universidad de Palermo, 2003.

FERRANTE, C. Cuerpo, discapacidad y menosprecio social. Ajustes y resistencias a las tiranías de la perfección. En: JORGE, E. J.; D'UGO, G. A. (comp.). *Estado, Discapacidad y Justicia*. Buenos Aires: Infojus, Ministerio de Justicia de la Nación, 2013. p. 99-122. Disponible en: <https://www.academia.edu/3650581/Cuerpo_discapacidad_y_menosprecio_social._Ajustes_y_resistencias_a_las_tiranias_de_la_perfeccion>.

_____. Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad. *Revista Inclusiones. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, v. 1, n. 3, p. 33-55, 2014.

FERRANTE, C.; FERREIRA, M. Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Revista Argentina de Sociología* (en prensa), 15 oct. 2007. Disponible en: <http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf>.

FERREIRA, M. A. V. De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, v. 47, n. 1, 2009. Disponible en: <http://www.um.es/discatif/TEORIA/Ferreira09.pdf>

FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. *Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta, 1990.

_____. *Los Anormales.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

GOFFMAN, I. *Estigma.* La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

HONNETH, A. *La lucha por el reconocimiento.* Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica Grijalbo Mondadori, 1997.

HUGHES, B.; PATTERSON, K. El modelo social de discapacidad y la desaparición del cuerpo. Hacia una sociología del impedimento. En: BARTON, L. *Superar las barreras de la discapacidad.* Madrid: Morata, 2008. p. 107-123.

LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.

LÓPEZ GONZÁLEZ, M. *Mujeres con discapacidad.* Mitos y realidades en las relaciones de pareja y en la maternidad. Madrid: Nancea, 2008.

MAUSS, M. *Sociología y Antropología*. Colección de Ciencias Sociales. Madrid: Tecnos, 1979.

MENÉNDEZ, E. Biologizacion y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades.* México, n. 21, 2001.

OLIVER, M. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En: BARTON, L. (comp.). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata, 1998.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. En: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (comp.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. En: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde:* o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. En: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*., v. 11, n. 21, jan-abr., 2007.

VALLEJOS, I. La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En: ROSATO, A.; ANGELINO, R. (coords.) *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Buenos Aires: Noveduc, 2009.

VENTURIELLO, M. P. El habitus de la discapacidad a la luz de un relato de vida. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, v. 4, n. 2, 2010. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/6100/4353>.

PARTE IV

Itinerários terapêuticos, comunicação e dispositivos comunitários: abordagens transversalizadas centradas no usuário na cultura do cuidado

Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura *do* cuidado e do cuidado *na* e *da* cultura

Tatiana Engel Gerhardt
Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Tema instigante, a cultura *do* cuidado ou o cuidado *na* cultura – e diríamos mais, o cuidado *da* cultura – incita o olhar antropológico a se debruçar sobre um cotidiano muitas vezes banal, mas um cotidiano vivo, onde as situações e atividades da vida social possuem caráter de evidência cultural que merece ser visibilizada para que a ação social no campo da saúde possa ser resignificada.

Na perspectiva da Antropologia, a cultura, tida como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações, fundamenta a construção de saberes sociais que condicionam modos de vida, fornecendo modelos *de* e modelos *para* a construção das realidades sociais. A cultura é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo – ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana – e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano (GEERTZ, 1989). Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, interpretações e ações no campo da saúde são culturalmente construídas.

Nesse sentido, mais recentemente, uma das contribuições da Antropologia[1] para o campo da saúde é o potencial que os itinerários terapêuticos (IT) têm, enquanto ferramenta de análise da Rede de Atenção em Saúde e da integralidade das ações, em demonstrar como as práticas em saúde são construídas culturalmente e em desvendar o pluralismo terapêutico e as diversidades humanas presentes em cada sociedade. Ou seja, o potencial de evidenciar o cuidado em suas diferentes formas e sistemas (a cultura *do* cuidado nos diferentes sistemas e o cuidado *na* cultura ou *da* cultura).

O IT, em sua concepção, compreende as experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias nos diferentes sistemas de cuidado e tecendo redes de sustentação e apoio que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência. Comporta, também, como serviços de saúde disponibilizam a atenção e acolhem, em certa medida, suas necessidades de saúde, permitindo indagar como as práticas profissionais produzem afetamentos nessa experiência, sendo (ou não) amistosas à integralidade e efetividade em saúde. O IT constitui, assim, um dispositivo revelador da cultura *do* cuidado e do cuidado *na* e *da* cultura**,** na medida em que retrata a multiplicidade da constituição, qualidade das relações sociais e potenciais cuidativos, bem como tensiona as práticas/noções construídas no campo da saúde sobre experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas.

Olhar os ITs pela abordagem antropológica permite, portanto, dar voz aos usuários, apreender a pluralidade, valorizar diferentes formas de conhecimento e saberes. Sendo assim, a saúde e doença passam a ser vistas a partir de outra perspectiva que não apenas a biomédica.

---

[1] As contribuições da Antropologia da saúde, explicitadas desde a década de 70 evidenciam a necessidade de pensar as questões de saúde e doença a partir de outras dimensões que pudessem se somar à dimensão biológica e epidemiológica. A saúde e a doença, nesse sentido, passam a ser consideradas não mais como coisa/materialidade destituídas de pessoas e da sua imaterialidade. Na materialidade da saúde e da doença, há pessoas que simbolizam, vivem de afetos e de fantasmas, e estão inseridas em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que, até certo ponto, marcam e orientam seu comportamento, como relata Raynaut (2002, 2006). Da mesma forma, na materialidade da vida cotidiana há vidas que, reservando particularidades, se inserem em uma sociedade mais geral (RUIZ, 2013, p. 17).

Interessa chamar a atenção aqui que vários autores,[2] ligados às Ciências Sociais e Humanas, têm apontado e estudado a ação que as mais diversas redes sociais[3] desempenham junto aos ITs. Elas atuariam, enquanto suporte social, compartilhando problemas e conflitos, buscando recursos mais integrais em conjunto, trocando informações, mobilizando a participação em políticas públicas – enfim, agindo na construção de necessidades e soluções em saúde e, consequentemente, na constituição do adoecer. Isso, a partir do entendimento de que as concepções, escolhas e estratégias de enfrentamento das situações de adoecimento são processos construídos pelos sujeitos e por suas redes relacionais (que vão desde a família, amigos, até os serviços de saúde), na cultura em que estão inseridos.

O IT possibilita, deste modo, trazer para a discussão o potencial analítico que ele tem em olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, potencial interessante para apreender o que estaria em jogo no processo de saúde-doença-cuidado. Ou seja, os ITs mostram abertura para compreender o papel que o encontro entre pessoas possui. Um encontro que, contudo, ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz aparecer uma dimensão relacional e, consequentemente, simbólica, imbricada no que é posto em circulação nesses encontros.

É disto que trataremos neste texto: pessoas e processos não são inseparáveis. Dar visibilidade para algumas dimensões da cultura presentes no cuidado ao longo dos ITs, é o que pretendemos.

A cultura do cuidado: o modelo biomédico como sistema cultural hegemônico

O modelo biomédico de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais consonantes com os grupos

---

[2] Autores como: Martins e Fontes (2004), Lacerda, Pinheiro e Guizardi (2006), Moreira (2009), Pinheiro e Guizardi (2008), Gerhardt et al. (2009, 2011); Gerhardt (2009) e Portugal (2007).

[3] As redes sociais são espaços importantes em que grupos e comunidades se articulam socialmente dando sentido à vida cotidiana, organizando os sistemas locais e as próprias individualidades. São entendidas enquanto relações que fundam a sociedade, permitindo a subsistência social, política, cultural e econômica, e que são fundamentados em trocas (de bens materiais e simbólicos) criadas, de acordo com Caillé (2002b) com aposta na dádiva.

e realidades sociais que os produzem. Parece interessante e oportuno tecermos algumas reflexões sobre a cultura do cuidado presente nas instituições de saúde, por meio de uma reflexão global sobre os princípios e valores, normas e regras de funcionamento e organização adotados, partilhados institucional e individualmente, códigos de condutas e de ética profissional, presentes no modelo biomédico.

Isso nos leva a olhar para esse modelo como um sistema cultural, onde princípios, valores, imaginários e crenças internos ao sistema, quando confrontados a outros valores externos (por exemplo, nas relações entre profissional e usuário, ou entre profissionais de áreas diferentes, na equipe, na comunidade, na gestão, nos outros serviços...), definem as condutas (comportamentos) que se esperam de seus membros e tendem a legitimar sua seu própria cultura.

Os elementos que estruturam o modelo biomédico fazem referência às sociedades modernas e urbanizadas, à racionalidade científica, ao corpo pensado a partir do modelo mecanicista (Newton) e analítico (Descartes), à concepção do corpo e do mundo materialista (bioquímica, fisiologia), à concepção ontológica de doença, à doença como entidade universal, à dicotomia entre o normal e o patológico, ao critério de verdade científica como modelo explicativo. Surgem, desses elementos, categorias a partir das quais o sistema se organiza,[4] funciona e se constitui como imperativo moral, ao repassar conhecimento para os que "não" detêm conhecimento e para todos os contextos, de forma universal. Nesse sentido, o sistema atribui às outras formas de conhecimento o valor de crença, sendo essas consideradas de frágil assistência para estabelecer as bases de um modo de vida mais saudável.

Os valores sobre os quais se organiza o funcionamento deste sistema são de diversas ordens: éticos, jurídicos, científicos, terapêuticos, profissionais, organizacionais ou de gestão. São construções normativas, constituídas de abstrações temporárias, em parte redutoras, porque não consideram as nuances do real, mas necessárias para conservar traços universais que, agenciados entre eles, introduzem uma ordem na leitura

[4] Categorias como a de doença, risco, prevenção, dentre outras.

do mundo e nas relações que se tem com ele. Eles possuem como característica serem reconhecidos e partilhados no grupo/sistema onde podem fundar e fundamentar um *savoir-être*, enquadrando um *savoir-faire,* incutidos ao longo da formação (GOBATTO, 2003, p. 14-15).

Fazendo da doença uma entidade universal, baseada em processos fisiológicos humanos idênticos de uma cultura a outra, o sistema biomédico parte de uma ideia de descrição: conhecimento objetivo da doença que permite a prescrição de um tratamento. Eles desenvolvem reflexões positivistas a partir de verdades obtidas pela observação e experiência dos fenômenos, ou seja, baseadas em evidências objetivas. A partir destas, constroem-se a verdade científica e a autoridade do saber médico, o que complica consideravelmente a análise comparativa, ao valorar negativamente uma concepção da doença que não está de acordo com a verdade ou evidência científica das ciências biológicas contemporâneas.

Ao transformar concepção em "crença", a questão se resolve facilmente do ponto de vista biomédico e não se questiona mais. No entanto, as coisas são mais complexas quando a crença está em uma ideia "falsa" e quando ela é compartilhada por todos os membros de um grupo ou de uma sociedade, quando ela é coletiva. Por exemplo, há sociedades que creem na veracidade de determinadas relações de causalidade: uma mãe que dá luz a uma criança anencefálica, cuja causa é atribuída ao "cantar do sapo", ou seja, a criança-sapo é filha do olhar e do canto do estranho animal.[5]

Pensar então a biomedicina enquanto um sistema cultural como qualquer outro permite sair dessa dificuldade, relativizando a legitimidade do conhecimento produzido como sendo uma forma de produção de conhecimento/saber diante de tantas outras, e uma forma

[5] Em Joanópolis, pequena cidade do interior paulista, o sapo sempre foi um bicho temido pelo caboclo. Venenoso, matava cobras e cães, podia ainda cegar as pessoas com seu leite ou sua urina. Nas histórias presentes na cidade, as feiticeiras matavam pessoas costurando fotografias, fios de cabelos, punhados de terra de cemitério e nomes na boca do sapo. Outros afirmavam que o sapo poderia penetrar nas entranhas das mulheres descuidadas que iam ao mato fazer suas necessidades, matando-as em terrível agonia ou ainda grudando nas pessoas e somente soltando quando houvesse um relâmpago. Eram contos com suas funções sociais e morais, assim como as crianças-sapo, o que nada mais era do que a anencefalia, oriunda do excesso de grau de parentesco dos casais, dentre outros fatores.

de conhecimento/saber que depende do contexto histórico no qual está inscrito, como todas as formas de produção de conhecimento. Nossas certezas estão sempre ligadas/associadas à situação histórica na qual elas se inscrevem. Todo saber depende do que os indivíduos e coletividades pensam/interpretam e compreendem, a partir das representações e dos conhecimentos que possuem, em determinando momento, sobre o mundo. Esse debate acentua que as "verdades" passam por estados sucessivos, não somente porque "as coisas mudam", mas porque transformamos nossas maneiras de lhes conceber, quer dizer, de lhes construir. E ainda, entre todos os contextos culturais intervenientes, o modelo biomédico é ele mesmo uma linguagem cultural entre outras, por estar justamente ligado a uma visão extremamente especializada dos corpos.

No entanto, a doença, como uma anormalidade biológica ou patológica, é também uma categoria que os adoecidos, mesmo que socializados pela biomedicina, podem reinterpretar ou dela se apropriar, uma vez que engloba um conjunto de saberes, representações de doença e sofrimento inseridos em uma sociedade que é pluralista no seu universo sociocultural. As doenças, assim como a saúde, de um modo geral, não constituem meramente realidades dadas na natureza a serem "desvendadas" pelos médicos e cientistas. Elas são, para além de um corpo biologicamente doente, histórica e socialmente construídas, tanto no que diz respeito aos significados e implicações sociais a elas atribuídos, quanto às categorias e aos conteúdos pelos quais o conhecimento médico as define como fenômenos biológicos particulares (CANESQUI, 2007). São, portanto, particularidades, não por sua diferença biológica, mas por suas diferenças socioculturais.

Questão acadêmica banal, ela é uma questão ainda não resolvida na vida cotidiana dos profissionais de saúde. Por exemplo, é ainda difícil para muitos profissionais pensarem a doença como sendo cultural e social. Admitem facilmente que existem diferenças individuais e culturais frente às representações da doença de acordo com as culturas, sociedades, mas afirmam/creem que a doença é o que o conhecimento científico diz, e o que está presente na Classificação Internacional das Doenças. Portanto, até aceitam que o olhar dos indivíduos sobre a doença possa pertencer ao domínio cultural e que os indivíduos

se adaptam de diferentes formas à doença, encontrando respostas diversas para seu mal. Mas que a doença, ela própria, é ao mesmo tempo biológica e social, isso é muito mais difícil de conceber.

Pensar que o modelo biomédico é um sistema cultural dentre outros permite relativizar o peso da escolha pelo modelo biomédico como único e legítimo em termos de cuidados em saúde. Mas enfrentar esse modelo hegemônico não é tarefa fácil, pois temos uma ciência médica fundamentada em um saber cada vez mais complexo, um saber que permite descobrir terapêuticas cada vez mais eficazes, que aumentam a expectativa e a qualidade de nossa vida. Eis uma contradição a ser enfrentada.

Assim, o cultura *do* cuidado tem sido evidenciada pelos estudos sobre ITs, nas suas variadas vertentes teóricas e metodológicas, pela capacidade que possuem de promover uma releitura do modo como o cuidado é ofertado por profissionais e demandado por usuários. Ao focarem nas trajetórias e práticas assistenciais centradas no percurso de busca por cuidado nos serviços de saúde (entendidas aqui como parte inerente de um itinerário terapêutico, mas não única), esses estudos revelam os encontros e desencontros produzidos na cultura *do* cuidado hegemônica, mas também têm sido capazes de revelar o cuidado *na* cultura, conforme veremos a seguir.

O(s) cuidado(s) *na* cultura: o IT e sua essência reveladora das diversidades humanas e pluralismo terapêuticos

Ao nos debruçarmos sobre o cuidado *na* cultura, partimos da ideia de que, para apreender os problemas, necessidades e soluções em saúde, não basta olhar para os sujeitos como objetos passivos frente à lente biomédica. É fundamental perceber a riqueza e as estratégias dos grupos e das pessoas em seus ITs, suas necessidades e potencialidades de enfrentamento dos problemas que ultrapassam o espaço da trajetória dos serviços e profissionais de saúde.

A plausibilidade na ideia de que a doença é incorporada de modo diverso é tal que, na língua inglesa, há pelo menos três expressões para se referir a ela: *disease, sickness* e *illness*. Nesse sentido, a partir da antropologia médica americana, discute-se que *disease* diz respeito à doença do ponto de vista biomédico, que pode ser verificada pelo

profissional de saúde e legitimada pelo diagnóstico deste; *sickness*, o que a pessoa considera para se dizer adoecida frente ao grupo, ou seja, o senso coletivo da doença. Já *illness* representa a experiência, ou seja, a subjetividade dos adoecidos: o meu sofrimento e a alteração do meu corpo (KLEINMANN, 1988).

Na esteira da discussão que parte do entendimento de que a saúde e a doença não são meros fenômenos biológicos e circunscritos à esfera dos serviços de saúde, encontramos em Samaja (2000) referências para enriquecer o debate. Para esse autor, à medida que os sujeitos se tornam seres biossociais, há o pressuposto de que a cultura que compartilham (e que justamente os une enquanto seres sociais) é capaz de produzir transformações ambientais que propiciam experiências diferenciais com o adoecer. A saúde e a doença deixam de constituir fatos vividos pelos sujeitos de forma isolada e tornam-se "um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social: eis a essência do conceito de saúde-doença-cuidado" (SAMAJA, 2000, p. 41). Com isso, o autor argumenta que o adoecer e seu enfrentamento, para o qual ele emprega o termo "cuidado à saúde", deixa de ser uma resposta unicamente biológica e individual e assume o caráter de resposta social.

Nesta abordagem, saúde e doença passam a ser vistas de forma desmedicalizada e como resposta concreta de relações sociais que se instituem nos ITs. Relações essas que, segundo Samaja (2000), precisam ser distinguidas dentro deste rótulo abstrato do "social" em, pelo menos, três esferas de organização: a) relações comunais: originadas nas alianças familiares e, territorialmente, no âmbito da vizinhança, sendo aquelas que ocorrem junto à casa, ao redor da mesa , no final de semana; b) relações societais: no âmbito do mercado, ou seja, no trabalho e nos dias da semana; e c) relações políticas: âmbito do Estado, junto à escola, às unidade de saúde e às políticas públicas.

No momento em que os sujeitos se constituem nesses âmbitos de relações, haveria (re)produções de respostas complexas ao viver que, analogamente, Samaja (2000) propõe serem (re)produções de cuidados complexos à saúde, pois, havendo diferentes relações, há também diferentes respostas. Assim, indo ao encontro de Martins (2011), a

concepção de cuidado que defendemos tem o significado tanto de interação quanto o que ela engendra em seu movimento em termos de respostas dos itinerários terapêuticos ao adoecer.

Desse modo, sob os ensejos de Samaja (2000) e Martins (2011), propõe-se aprofundar a análise do cuidado que produza saúde ao ser interacional, uma resposta do social em seu sentido amplo. Implicação que, no entanto, parece ser dependente da diversidade de relações que compõe o IT, bem como da qualidade do que se coloca em circulação na forma de dádivas e em nome de um "cuidado": bens materiais e imateriais (medicamento, dinheiro, palavras, gestos, etc.) (MARTINS, 2011).

A dádiva, assim, aparece no contexto dos ITs compondo sua essência, a partir do qual seria impossível abrir mão quando da compreensão da natureza e a sedimentação das relações sociais e, desse modo, das respostas sociais ao adoecer. Portanto, relações sociais e dádivas são duas noções que se fundam e, ao serem conjuntamente apreendidas, elucidam a constituição do IT.

No contexto da leitura da teoria de Marcel Mauss, a dádiva consiste num conjunto de prestações e contraprestações que ocorrem mediante um ciclo marcado pela obrigação (e liberdade) em se doar, receber e retribuir bens materiais ou imateriais que agem na formação do coletivo e dos indivíduos (CAILLÉ, 2002b; GODBOUT, 1997). Partindo da leitura de Mauss, seriam dádivas não só os presentes, como também tributos, medicamentos, alimentos, visitas e um sem-número de prestações e o que elas carregam consigo. E, nesse sentido, tudo que circula as relações que compõem o IT seria importante para esclarecer sua origem, funcionamento e implicações.

Os bens, tanto materiais quanto imateriais, que atuam vinculando as pessoas, são carregados de um espírito (simbolismo). Com eles vêm junto: obrigação e liberdade, interesse e desinteresse, controle ou prestígio, boas ou más intenções. E assim, as pessoas acabam sendo afetadas e elaboram de modo diverso, o que circula na forma de bem. Consequentemente, partindo do pressuposto de que o adoecer é também uma construção social, ele seria afetado tanto positiva (na forma de cuidado para além do físico) quanto negativamente (na forma de sofrimento para além do físico) pelo que circula nesse social. Ao

encontro dessa conjectura, Lacerda (2010), ao refletir sobre o apoio social como uma dádiva capaz de produzir saúde, assim expressa:

> O olhar sobre o que circula nas interações sociais é fundamental para compreender os limites e possibilidades à constituição das redes de apoio social, tendo em vista que os vínculos podem ser fontes de apoio e confiança, mas também de estresse e adoecimento. (LACERDA, 2010, p. 78).

A dádiva é capaz de penetrar nas sociabilidades tanto primárias quanto secundárias. Dessa forma, os bens postos em circulação, como resposta ao adoecer, em toda sua capacidade de desestabilizar normas fixas, podem ser provenientes tanto das relações no âmbito da família, vizinhança, comunidade, quanto no âmbito do Estado e do mercado e da política. Isso tudo sinaliza a diversidade e a multiplicidade de relações sociais, bens e ações que podem estar envolvidos na produção da saúde ao longo dos ITs.

Nos ITs, levar em conta que as relações que se estabelecem ao longo de suas trajetórias são baseadas em dádiva é propor-se a entender que, no plano concreto da vida, o que compõe o alicerce dos ITs são conexões que não são fechadas em formatos, valores e implicações únicas. São conexões múltiplas, dinâmicas e que carregam consigo um conjunto de crenças sobre o corpo e a alma, a saúde e a doença e formas de enfrentamento do cotidiano – carregam consigo a cultura em ação.

O cuidado *da* cultura: o dom da palavra e a da escuta como dimensões do IT

Encontros e desencontros entre culturas diferentes permeiam as relações entre profissionais de saúde e usuários, colocando à prova práticas de cuidado hegemônicas. Os estudos sobre ITs revelam o potencial analítico dessa ferramenta, ao dar visibilidade às diferentes formas de cuidado, permitindo superar contradições e desencontros pela evidência que são capazes de trazer à tona sobre o cuidado e suas relações com as culturas.

A superação de contradições e desencontros nas relações sociais implica também cuidar da cultura (naquilo que ela traz de referência,

identidade, conhecimento) sem desqualificar as diferenças, mas tentando reconstruir, ressignificar as práticas, os comportamentos, as representações. Dar visibilidade a outras práticas não hegemônicas de cuidado não significa demonizar ou excluir a prática biomédica, mas ir além desta cultura do cuidado para se abrir ao cuidado na cultura, respeitando as diversidades e o pluralismo terapêutico, valorizando a totalidade de sentidos e se abrindo para o encontro, para o cuidado da cultura.

O cuidado da cultura seria então um movimento que depende do diálogo, da palavra e da escuta (dada-recebida-retribuída). Ao abordar a palavra (e a escuta) como dádiva, Godbout (1997, p. 21) afirma que um dos indicativos desse sistema é obtido através de uma "reflexão sobre o estatuto e a função da palavra": são "palavras, frases e discursos que o ser humano produz e troca em primeiro lugar com os outros." (GODBOUT, 1997, p. 21).

Para respaldar a palavra como dádiva, Caillé (2002a, p. 99) afirma que é possível "dar, tomar, retribuir, retomar a palavra". Para o autor, a palavra e o que o falar quer dizer servem para permitir a abertura de uma relação interpessoal. No entanto, seus múltiplos usos podem gerar hospitalidade ou, por outro lado, hostilidade. Ruiz (2013) demonstra, em seu estudo sobre o adoecimento crônico no meio rural, cenas e narrativas no movimento das redes sociais ao longo de ITs que, ao contrário de afeto, direito e solidariedade, fizeram emergir, dos encontros entre profissionais e usuários, doações de sofrimento e exclusão.

Na trama dos achados da análise de Ruiz (2013, p. 161) foi possível apreender, tanto no cotidiano, em si, quanto no cotidiano com a doença, que um desdobramento possível dos encontros nas redes sociais é que as doações não são exclusivamente de energias positivas e de cuidado que implicaria um adoecer com confiança, respeito e valorização. O que se verificou é que, dos encontros, também surgem respostas, doações, que se somam à dor do adoecer biológico, provocando sofrimento: abalos na integridade física, social e no enfrentamento da doença. Esse sofrimento surge quando o cuidado é recusado ou quando o movimento das redes, na intenção de cuidar, foi na contramão daquilo que é importante para a defesa de uma

identidade de adoecido, que faz parte daquele lugar e não de outro. Isso significa que há questões em jogo a serem respeitadas quando se fala sobre a atenção ao adoecido e que dizem respeito ao biológico e ao social, ao individual e ao coletivo, e ao não serem consideradas pelo outro da relação causam-lhe sofrimento. Nas trajetórias pelos serviços de saúde, um extrato do relato do Seu Pedro revela as experiências de sofrimento (RUIZ, 2013, p. 162):

> Olha tem gente que pode fazer as coisas e não faz, como eu te falei no começo [...] tinha um médico lá que era, nasceu para ser médico de verdade também, sabe? [...] uma pessoa que enxergava os problemas e dificuldades [...] ele trabalhou sozinho na minha perna e tinha mais três, quatro, tinha mais outro, tomando cafezinho, olhando, e não ajudavam ele a fazer o serviço. [...] E ele para não me judiar, ele falhou um ponto desses. E acabou me dando problemas depois [...] Foi costurado o troço, Eu disse para ele: - Olha. Eu tive que dizer para ele: - Meus dois irmãos estão para o lado de fora da porta. Eu disse: - Tu precisas de ajuda? [...] Quando eu disse assim aí os médicos se levantaram. [...]. Eles estavam bem pertinho assim, como tu estás assim. (seu Pedro). [...] é incrível, não dá para suportar, eu não fui criado desse jeito, fui criado trabalhando desde criança, apertado, esmagado, sabe? Bem na hora de dar um passo na vida, que estava tudo planejado para dar um passo na vida, acontece um troço desses. [...] Mas ficou tão ruim que o próprio médico chego e me disse: - Tchê, vou te dizer uma coisa, essa tua perna está ruim, tu não estica muito a tua esperança, não. Acho que tu vai ficar com a tua perna que não vai poder caminhar. Puxa, um especialista olhar para ti e te dizer, de cara que tu não iria poder, não era nem para ter esperança que poderia ficar com uma perna dura, não ia poder nem caminhar. E aí? Tu vai perguntar para quem se tu vai conseguir caminhar, se o especialista te diz um troço desses? (seu Pedro).

Ruiz (2013) analisa, nessas falas, a presença de um sofrimento que é físico, no primeiro trecho, e também emocional, mais evidente no segundo. Os sofrimentos desse interlocutor acabam por frustrar não somente sua saúde física, mas também os seus valores e que, em parte, são causados por um "outro" que na sua atitude, na forma de práticas ou palavras, doa explicitamente desesperança: a falta de confiança em poder manter social e materialmente a si e a sua família.

Fazendo-se a leitura das doações de sofrimento que emergem nas relações de Seu Pedro, apreende-se que, nesse encontro com o profissional de saúde, a expectativa de um cuidado não ocorreu. Em seu lugar, surgiram ações que desconsideraram, de modo injustificado, a presença no mundo que ocorre no limite do corpo. Foram relações em que o interlocutor se sentiu objeto de intervenção do outro. O profissional de saúde, ao agir tendo os sujeitos como objetos de ação, desconsiderou o agir sensível, que não estaria desapegado da razão e que, na forma da escuta e atenção para com a dor do outro, permitiria um contato humanizado com o usuário (OLIVEIRA et al., 2005).

Ayres (2009), nas reflexões que faz sobre o cuidado nos serviços de saúde, vai ao encontro das experiências de Seu Pedro ao dizer que, nesses casos, negligencia-se que a intervenção, com a técnica e as palavras, tem um reflexo também prático no horizonte pessoal e social dos adoecidos. Horizontes esses que são inseparáveis dos processos biológicos de adoecimento das pessoas. Para o autor, as relações que ocorrem no âmbito dos serviços de saúde têm a capacidade de colocar em circulação bens que contribuem, tanto positiva quanto negativamente, para a construção dos "projetos de felicidade" dos usuários (AYRES, 2009). O que, no caso do Seu Pedro estava relacionado a dar um passo na vida não só trabalhando com o corpo e constituindo uma família, mas podendo confiar em si para se relacionar com os outros, afetando, se deixando afetar e reproduzindo valores da sua cultura e identidade de agricultor.

Assim, cuidar *da* cultura implica cuidar da diversidade pela palavra e pela escuta. Geertz (2001), refletindo sobre os usos da diversidade, afirma:

> Para viver numa colagem, é preciso, em primeiro lugar, que a pessoa se torne capaz de discernir seus elementos, determinando quais são (o que implica em geral, determinar de onde vieram e o que eram quando estavam lá) e como se relacionam uns com os outros na prática, ao mesmo tempo sem embotar a ideia que ela tem de sua própria localização e de sua identidade dentro desta. Em termos menos figurados, "compreender", no sentido da compreensão, da percepção e do discernimento, precisa ser distinguido de "compreender" no sentido da concordância de opiniões, da união de sentimentos, ou da comunhão de compromissos. (GEERTZ, 2001, p. 84).

Compreendendo que a dificuldade para isso é imensa, cuidar da diversidade implica uma habilidade que não é inata, mas sempre imperfeita e mutável a cada situação – cabe, portanto, ter de trabalhá-la para mantê-la viva (GEERTZ, 2001, p. 85).

No momento em que os ITs dão abertura necessária para uma atitude compreensiva do adoecimento vivido pelas pessoas naquilo que circula em suas relações (materiais e simbólicos, do medicamento, da palavra e da escuta) e apontam para o fato de que a identidade de adoecido é também construída no encontro com os outros, intui-se que o uso do conhecimento em saúde se faz ímpar quando também inclui o outro. Para ser um conhecimento prudente, ele precisa interagir com o outro, interpretar o significado dos fenômenos também do ponto de vista desse outro, o qual se costuma tomar como objeto de intervenção e não como sujeito da ação. Compreender o adoecimento pela perspectiva do adoecido, ao longo de seu IT, deixa portas abertas para que, diferentemente de questionar a forma de proceder para que as pessoas façam uso dos conhecimentos científicos (biomédicos) em saúde, se questione como fazer com que as descobertas em saúde possam se aproximar das necessidades e cuidados realizados em outros espaços de relações das pessoas.

Referências

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado:* trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009.

CAILLÉ, A. A dádiva das palavras. O que o dizer pretende dar. In: MARTINS, P. H. (Org.). *A dádiva entre os modernos:* discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes, 2002a. p. 99-136.

_____. *Antropologia do dom:* o terceiro paradigma. Petrópolis: Vozes, 2002b.

CANESQUI, A. M. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.* São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007. 149p.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ: ABRASCO, 2009. p. 279-300.

GERHARDT, T. E. et al. Atores, redes sociais e mediação na saúde, laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2011. p. 253-270.

_____. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:* abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2009. p. 299-308.

GOBATTO, I. (Org). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines. Paris: Karthala/MSHA, 2003. 234 p.

GODBOUT, J T. *O espírito da dádiva***.** Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

KLEINMAN, A. *The illness narratives*: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988. 284p.

LACERDA, A. *Redes de apoio social no sistema da dádiva*: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 201 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LACERDA, A.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. (Org.). *Polifonia do dom*. Recife: EdUFPE, 2006. p. 311-332.

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011. p.39-50.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde*: novas possibilidades teóricas. Recife: EdUFPE, 2004a. 160p.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 301-316.

OLIVEIRA, L. A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul/set. 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. G. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p.37-56.

PORTUGAL, S. O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. *Rev. Crit. Ciências Sociais,* Lisboa, v. 79, p. 35-56, dez. 2007.

RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. Bras. Epidemiol.,* São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 43-55, nov. 2002.

_____. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, jun. 2006.

RUIZ, E. N. F. *Relações sociais nas situações de adoecimento crônico*: expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da Dádiva. 2013. 210 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1191-1209, 2012.

SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde*: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000, 103p.

SANTOS, B. S. *Conhecimento prudente para uma vida decente*. "Um discurso sobre as ciências" revisitado. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Comunicação como dispositivo de valorização da cultura e da integralidade do cuidado em saúde

Cristianne Maria Famer Rocha
Vania Roseli Correa de Mello
Camilo Darsie
Janaina Matheus Collar
Malviluci Campos Pereira
Mara Nibia da Silva
Paula Barbosa Corrêa
Rita Mello de Mello
Talita Abi Rios

A palavra "comunicação" vem do latim *comunicare* e significa "pôr em comum", ou seja, fazer com que todas as partes envolvidas em um processo estabeleçam entendimentos coesos sobre determinados assuntos. Isso significa que o compromisso comunicativo é bem mais amplo do que a ação de divulgar informações, pois toda prática de comunicação envolverá também o manejo de emoções (o que sentimos diante do outro e diante das informações que estão sendo compartilhadas) e de capacidades interpretativas (as condições que temos para comunicar e compreender as informações). A comunicação, diante disso, passa a ser compreendida como a articulação entre a troca de informações, a abstração de conhecimentos e a negociação de convicções.

Ao envolver diversas práticas relacionadas à saúde, a comunicação poderá ser determinante, por exemplo, na efetivação de políticas de saúde, como estratégia de apoio, orientação e divulgação de ações que podem tornar a população mais participativa e contribuir na tomada de decisões sobre questões relacionadas à saúde (SILVA, 2000; MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). Contudo, para que isso aconteça, a comunicação deve ser praticada de forma a

considerar os anseios, as dificuldades e as questões culturais daqueles que a utilizam. É necessário buscar garantir a compreensão acerca dos assuntos tratados, por meio de práticas e comportamentos que priorizem o entendimento entre os atores envolvidos – quais sejam, os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde.

Assim, os sinais não verbais, inerentes às relações interpessoais, possuem um valor essencial, pois podem transformar a comunicação em algo harmonioso, tanto na promoção da saúde quanto na prevenção de doenças (RIBEIRO; CRUZ; MARINGOLO, 2013; ARAUJO, 2009). Conforme destaca Silva (2002), a partir de pesquisa desenvolvida em um hospital de Londres, ao serem questionados sobre a satisfação referente ao cuidado em saúde, os usuários deram respostas que indicavam ser a comunicação não verbal um importante elemento – afinal, a linguagem corporal transmite, muitas vezes, aquilo que a fala não diz.

Outra questão relevante é apontada por Bastos (2010), quando indica que os meios de comunicação, além de informarem, ensinam e geram discussões em saúde, produzindo uma troca de saberes em diversas temáticas. Por isso, a necessidade de utilizarmos ferramentas adequadas para a comunicação.

Sabemos que hoje a comunicação digital tem grande impacto no compartilhamento de informações, sobretudo para a população juvenil (SOARES, 2004). Além disso, a internet transformou a forma de comunicação interpessoal. Na área da saúde, encontramos diversas redes e comunidades onde são compartilhadas informações que podem, quando devidamente analisadas, levar mais conhecimento para a população, dando autonomia para a gestão da saúde individual e coletiva (NATANSOHN, 2004). O desafio, neste caso, seria facilitar o acesso e disseminar as informações com criatividade e inovação, na direção de aproximar as pessoas e tornar o assunto proposto interessante, não esquecendo da importância de considerar a integralidade do cuidado à pessoa que recebe a informação.

Diante destas questões mais gerais, no texto que se segue apresentamos algumas reflexões que buscam relacionar elementos conceituais à análise de uma atividade concreta desenvolvida no campo da comunicação em saúde, de tal forma que seja possível considerar

a comunicação como um dispositivo de valorização da cultura que oportuniza a integralidade do cuidado em saúde.

Integralidade do cuidado: desafio necessário a outros modos de produção de saúde

A integralidade do cuidado em saúde vem se constituindo cada vez mais como um dos principais desafios para a qualificação dos modos de produção da saúde. O cuidado em saúde configura-se, de acordo com Merhy (2006), como uma "tecnologia leve", de caráter relacional e que se produz nos encontros entre usuários e trabalhadores da área. Um dos elementos que poderá produzir maior ou menor qualidade a esses encontros é a comunicação. No entanto, são muitas as dificuldades cotidianamente relatadas, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que demonstram a impossibilidade de se efetivar e garantir, na prática, os princípios assegurados por lei. Dentre eles, aqueles que dizem respeito às práticas comunicativas.

Embora a busca de cuidado venha sendo apontada, de forma inequívoca, como uma das principais demandas da sociedade civil brasileira, é importante problematizar a forma como o cuidado tem sido realizado, pois é uma demanda que surge como uma crítica às coisas, às instituições, às práticas e aos discursos em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). A oferta, portanto, de determinado modo de cuidado, é uma aposta ética que convoca o protagonismo e a corresponsabilidade de usuários e trabalhadores com os processos de expansão da vida, de produção de novas utopias, de novos sujeitos e de novas práticas em saúde.

Assim, partindo da ideia de que é por meio das práticas que se dá a expressão concreta de determinada política, podemos examinar as práticas de cuidado em saúde a partir das condições que permitem tomá-las como dispositivos empenhados na manutenção de relações de tutela ou interessados na produção de autonomia e protagonismo dos diferentes atores envolvidos. A complexidade do cuidado em saúde convoca a um redimensionamento das concepções de saúde, doença, cura e cuidado, levando-nos a compreendê-las como disposição para "levar a vida" e valendo-se de outras tecnologias de intervenção calcadas fundamentalmente nas relações que aí se produzem. Muitas práticas

de cuidado em saúde atuam em uma perspectiva de desqualificação do outro, através de prescrições do que é certo ou errado em relação ao modo de se "andar na vida". Essas práticas revelam uma lógica de cuidado pautada em um modelo fundamentalmente biomédico e cientificista, desqualificando e silenciando todo o conhecimento que não esteja de acordo com essa mesma lógica.

Mattos (2006, p. 120), ao criticar esse modelo de cuidado, afirma que "[...] nada nos garante que o cientificamente fundado é o melhor", defendendo que, apesar das tentativas de justificar essas ou aquelas formas de cuidado, em função de sua suposta cientificidade, o que de fato caracteriza um modo qualificado de cuidar é sua capacidade de apreensão ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos, aliada à habilidade para aplicar as tecnologias pertinentes. Deste modo, o autor salienta também que o conhecimento técnico e científico, quando utilizado em intervenções que resultem na colonização e expropriação da saúde, serve ao aprofundamento da distância entre os diferentes saberes. Camargo Jr. (2006, p. 162) corrobora essa ideia pontuando que a concepção de saúde, quando reduzida à ausência de doença, se reflete em uma "[...] dessubjetivação operada nos pacientes que procuram cuidados médicos [...] o que leva à iatrogenia e a formas de cuidado que excluem de seu horizonte necessidades legítimas daqueles que o solicitam".

Percebe-se a enorme dificuldade manifestada por alguns profissionais da saúde ao lidarem com o sofrimento apresentado pelos usuários. Esses profissionais preferem então prender-se à doença "[...] na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as 'lesões' e 'disfunções' detectadas" (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007, p. 125, aspas no original), a uma atitude de acolhimento de suas demandas, histórias e mazelas, frente às quais se sentem muitas vezes ameaçados, tal a complexidade dos elementos apresentados e a escassa perspectiva de resolução imediata. Neste sentido, buscam prescrever o tratamento mais eficiente a partir de um diagnóstico, de um conjunto de sinais e sintomas disponíveis em manuais e códigos de doenças que definem, à luz da ciência, o que é ou não é normal.

Canguilhem (2006) questiona o caráter prescritivo e rígido dos diagnósticos e defende que a fronteira entre o que é considerado normal ou patológico é totalmente imprecisa. Segundo ele, apenas o próprio sujeito que sofre ou vive a experiência de uma vida diferente da "normal" é que pode determiná-la. Ao defender que é apenas em relação a si mesmo, e não em relação a uma média ou padrão social que alguém se torna doente, o autor nos faz pensar que deveria ser sempre o indivíduo (ele consigo mesmo e seus parâmetros) que deveríamos considerar como ponto de referência para as ações de saúde.

Pesquisa desenvolvida por Acioli (2006), ao discutir os sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, doença e cuidado em um grupo social urbano, mostrou que a ideia de estar com a saúde completa foi relacionada diretamente com a valorização de aspectos subjetivos da vida cotidiana, como estar feliz e sentindo-se bem. A mesma pesquisa mostrou que a ideia de estar ou sentir-se doente foi relacionada diretamente à experiência com a dor e o sofrimento, sejam eles objetivos ou não, bem como é associada a mágoas e às relações com o grupo social de referência.

Assim, o sentido atribuído à experiência da enfermidade expressa a ideia de que a doença é um processo individual, mas construído socialmente. Por esse motivo, ouvir, conversar e se importar com o outro são elementos comunicativos de extrema importância no cuidado à saúde. Apesar disso, muitas das práticas de cuidado em saúde decorrem do que se denominou "medicalização" da existência e que pode ser entendida pelo menos de duas maneiras:

> [...] por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em "problemas de saúde"; por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos. (CAMARGO Jr., 2006, p. 164, aspas no original).

O cuidado é entendido por Merhy (2006) como um acontecimento autopoiético, que permite ressignificar os encontros, na produção de saúde. Portanto, o mesmo lugar ocupado em algum momento pela

interdição é, em outro, espaço de encontro autopoiético. Pensar o cuidado no tensionamento entre o plano das formas e o plano das forças/movimentos nos permite compreender a ideia dos encontros autopoiéticos como movimentos vivos que valorizam as diversidades, os laços com as singularidades e ativam processos de criação e invenção.

A contribuição de Merhy (2002, p. 117) a respeito das práticas de cuidado em saúde é desafiadora, ao afirmar que "no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar". Essa ideia marca uma tensão na relação entre os diferentes núcleos de competência dos trabalhadores de saúde e a dimensão cuidadora que qualquer profissional da saúde detém, na medida em que se constata a repercussão do modelo médico hegemônico na acentuada diminuição da dimensão cuidadora dos diversos profissionais da saúde, em particular, do próprio médico, subordinando-a a um papel irrelevante e complementar. Além disso, as ações e núcleos específicos dos demais profissionais de saúde tendem a ser subjugadas a esta lógica dominante e empobrecedora de seu núcleo cuidador.

O autor considera, no entanto, que todo o trabalhador da saúde, independentemente do papel que desempenha, é sempre um operador do cuidado e vivencia a inseparabilidade entre os processos de cuidar e de gerir, pois

> Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido "duo": como um "clínico" por travar relações intercessoras com o usuário, produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico. (MERHY, 2002, p. 130, aspas no original).

Afinal, é o "como fazer", traduzido em experiências cotidianas, que permitirá a criação de estratégias de inclusão nos processos de produção de saúde. Para isto, é preciso incluir os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (gestores, trabalhadores e usuários), através da construção de espaços coletivos para que, em outra arquitetura relacional (rodas de conversa, lado a lado/

lateralização), os encontros produzam entendimentos, ações comuns e corresponsabilização. É preciso também incentivar que os coletivos, redes e movimentos sociais sejam vistos como estratégias capazes de refletir a pluralidade de interesses e necessidades em saúde. E tomar os inerentes conflitos como analisadores sociais dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, através da inclusão do outro e da perturbação desta inclusão.

Desse modo, podemos compreender o cuidado integral e humanizado em saúde como aqueles encontros/acontecimentos capazes de aumentar a potência de afirmação e recriação da vida. Uma contribuição importante a este ponto de vista é apresentada por Teixeira (2007), a partir de uma perspectiva micropolítica e que considera os processos comunicacionais como fundamental nas redes de saúde. Tal concepção, portanto, não se sustenta na ideia de rede como um conjunto de serviços, mas antes, como um modo de funcionamento, através do qual os processos comunicacionais acontecem nos encontros entre trabalhadores, usuários e gestores. São redes de trabalho em saúde, concebidas como grandes redes de conversações.

Experiência da vida "real": comunicação que produz saúde

Falar em saúde deveria subtender o protagonismo dos usuários, considerando-se a ação e a interlocução destes como centrais às práticas e condutas realizadas. Porém, muitas vezes, um discurso inflado de conceitos, como respeito à diversidade, à autonomia e à participação do usuário, é compreendido única e exclusivamente como a participação dele em assembleias e conselhos de saúde, sem considerar a possibilidade de sua decisão, por exemplo, na construção de seu projeto terapêutico. Para isto, os trabalhadores e os gestores da área da saúde deveriam ser capazes de levar em consideração os desejos, potencialidades e fragilidades de cada um dos usuários na busca do "seu" cuidado integral.

Por outro lado, Alves (2001) coloca que, para a produção de um cuidado integral, devem ser reafirmadas a intersetorialidade e a diversificação das ações que fazem parte do cotidiano, do território e da história de vida de cada sujeito, o que representa maior chance de vinculação ao tratamento e corresponsabilização na condução

do cuidado. Tal premissa aponta a necessidade de aproximação entre os diferentes serviços de saúde, bem como de outros setores, tais como cultura, assistência social, educação, comunicação, entre outros. Segundo Pekelman et al. (2009), deve-se incentivar a troca de conhecimentos entre trabalhadores da saúde e a comunidade, com vistas a melhorar as condições sociossanitárias, favorecendo o desenvolvimento da saúde como um todo e capacitando os indivíduos para o exercício de uma maior e melhor qualidade de vida.

E é a partir de tais pressupostos, que trazemos aqui, ainda que brevemente, a experiência de um programa radiofônico, realizado junto à Rádio Comunitária da Associação de Moradores do Bairro Rubem Berta (Rádio AMORB FM), localizada na zona norte da cidade de Porto Alegre. Trata-se do Programa "Quartas Intenções: um encontro real com seus amigos imaginários", que iniciou suas transmissões semanais, ao vivo, no ano de 2010, em colaboração conjunta entre trabalhadores, usuários e residentes dos serviços de saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição (Consultório na Rua e Centros de Atenção Psicossocial – CAPSi, CAPSad e CAPSIII) e usuários do CAPSII do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, além de outros convidados eventuais.

Segundo Lewis et al. (2013), o programa configura-se como espaço de discussões para além de especificidades clínicas, pois aborda assuntos que atravessam o cotidiano das pessoas, da sociedade em geral. As temáticas variam, mas seu objetivo permanece o mesmo ao longo do tempo: promover a inclusão social de usuários dos serviços de saúde mental.

> Durante o programa, os participantes debatem sobre diversos temas de sua escolha, tocam instrumentos musicais e cantam, sem que exista um roteiro prévio. É notável a potência que existe no Programa Quartas Intenções, quando os usuários explanam suas ideias sobre a vida e sobre as condições de tratamento dentro dos serviços disponíveis através do SUS. A possibilidade de expressão destes usuários fortalece um poder de comunicação que se expande para outros lugares, inclusive reverberando em seus próprios tratamentos: passam a ser mais responsáveis por si mesmos, assumindo o cuidado antes exercido somente pelos profissionais/trabalhadores dos serviços de saúde. (FARIAS, 2014, p. 29).

O processo de trabalho é marcado pela escolha coletiva dos assuntos que são levados ao ar e todos os participantes são considerados, independentemente da posição que ocupam nos serviços de saúde (usuários, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais), pois, na rádio, todos são locutores (LEWIS et al., 2013).

No entanto, ao comentar sobre a importância do programa nas suas vidas, os usuários afirmam:

> [...] eu era antissocial, introspectivo, não tinha comunicação com o mundo, [com a participação no Programa], fui reaprendendo a fazer meus próprios trabalhos, fui dando sentido para a minha vida.[1]

> [...] eu tava um bicho do mato. Não sabia nem falar mais com as pessoas, me comunicar com a linguagem normal e retomar isso tudo de novo, o programa foi, sem dúvida, um apoio pra isso, de se estruturar, de se organizar, de ser compreendido ou não, de ser criticado ou não, tudo isso é processo de trabalho. (Diógenes apud LEWIS et al., 2013, p. 114).

Além da transmissão ao vivo, o programa está disponível em outras mídias (redes sociais, blogs), de forma que todos tenham acesso a ele, em diferentes tempos e espaços.

Por fim, é importante perceber o quanto a possibilidade de expressão dos usuários, dentro da rádio, ativa um poder de comunicação que se expande para outros lugares de vida, tornando-os corresponsáveis em relação ao cuidado em saúde, até então responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde.

Para continuar pensando...

Eu não estou interessado em nenhuma teoria
nessas coisas do oriente, romances astrais
minha alucinação é suportar o dia-a-dia
meu delírio é a experiência com coisas reais
(BELCHIOR, 1976)

Tal como nos instiga Belchior, para suportar o dia a dia, a experiência da vida real deveria ser capaz de nos propiciar

[1] Conforme o vídeo "Novas Estruturas", disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=bwqM_milccQ

contínuas reflexões que, em substituição às teorias, nos permitissem lidar com o improviso, com o inesperado, com o novo sem medos nem preconceitos. No entanto, o diferente, o imprevisível, o novo, em nossa sociedade, ainda é percebido como perigoso, negativo, como algo a ser evitado. E, independentemente da forma como os indivíduos desviantes ou "anormais" são nomeados, suas práticas, invariáveis vezes, são desconsideradas, seja em função do peso, do uso de alguma substância, do credo, da cor, do lugar onde vive, entre outras possibilidades. Essa discriminação faz com que a prática do cuidado se torne punitiva e que os sujeitos que apostam em outros modos de vida sejam desconsiderados ou marginalizados.

Nessa lógica, muitos profissionais exercem ações sem o necessário diálogo (ou a comunicação) no processo do cuidado e, ao segregarem tais sujeitos, exercem uma espécie de minifascismo, pois são criadas minipunições e castigos àqueles que não operam as (desejadas) práticas "normais" e, ao invés de produzirem cuidado, tais profissionais produzem sofrimento (MERHY, 2011).

Sabemos que não existem soluções fáceis e que não será possível alcançar a desejada integralidade no cuidado em saúde a partir de uma única intervenção. Por acreditarmos na força da multiplicidade de ações e na importância dos diferentes atores e setores, talvez a única possibilidade que temos, para alcançarmos o quanto desejamos, é aquela de continuarmos inventando, criativamente, novas formas de produção de vida e de saúde.

Referências

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 187-203.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ ABRASCO, 2001. p. 167-176.

ARAUJO, T. C. C. F. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Brasília, v. 61, n. 2, p. 1-13, 2009.

BASTOS, G. B. P. *Comunicação e saúde:* utilizando recursos tecnológicos como estratégia para esclarecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010.

BELCHIOR. *Alucinação*. Philips/Polygram, 1976.

CAMARGO JR., K. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 157-170.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FARIAS, N. B. B. Promoção e comunicação em saúde: vivências e confidências. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. (Org.). *Cadernos da saúde coletiva*. Fazeres em Saúde Coletiva: experiências e reflexões de jovens sanitaristas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 23-33.

LEWIS, R. et al. Quartas intenções de um programa de rádio como um dispositivo em saúde mental. *Polis e Psique*. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 100-117, 2013.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006, p.119-132.

MERHY, E. E. *Entrevista à Rede UNIDA*, 2011. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Pa0HadRt5ns>. Acesso em: 26 jun.2014

_____. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: *Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública*: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília, 2006, p. 69-78.

_____. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde**.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar/abr 2003.

NATANSOHN, G. Comunicação e saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, v. VI, n. 2, mayo-ago, 2004.

PEKELMAN, R. et al. Saúde e Cidadania nas ondas do rádio. In: *Anais do Congresso Internacional de Educación Popular en las Américas en el siglo XXI*. Valladolid/México, 2009.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

RIBEIRO, C. B.; CRUZ, A. P. C. N.; MARINGOLO, A. C. P. *Comunicação em saúde*: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais**.** In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais, 2013.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ- ABRASCO, 2007, p. 115-130.

SILVA, M. J. P. *O amor é o caminho*: maneiras de cuidar**.** São Paulo: Gente, 2000.

_____. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista Bioética*, v. 10, n. 2, p.73-88, 2002.

SOARES, M. C. *Internet e saúde*: possibilidades e limitações, 2004. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=51> Acesso em: 13 nov. 2014.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ ABRASCO, 2007. p. 91-113.

Construyendo un modelo socio-comunitario para el cuidado integral en consumo problemático de drogas

Ana Lía Kornblit
Ana Clara Camarotti
Alejandro Capriati
Pablo Francisco Di Leo
Gabriela Wald

Introducción

El consumo problemático de drogas ha devenido en el mundo occidental uno de los principales problemas de salud pública, en la medida en que estas prácticas son cada vez más complejas, dinámicas, multicausales y generan efectos negativos en la salud, en la convivencia social, en la seguridad ciudadana, en las instituciones democráticas, en las políticas públicas, en el desarrollo y en las actividades económicas.

La complejidad que asume el consumo problemático de drogas arroja como saldo sufrimiento de las poblaciones, pérdida de numerosas vidas, enfermedades y malestares sociales, entre otras consecuencias. Hasta el momento, en la mayoría de los países de la región las respuestas han sido limitadas e insuficientes. En lo que respecta a la atención, la brecha entre lo existente y lo deseable es muy alta y engloba: a) diversas barreras en el acceso a la disponibilidad y accesibilidad a los servicios; b) escasez de recursos y personal calificado en los sistemas públicos de salud para atender estas problemáticas; c) distribución inequitativa, así como uso ineficiente de recursos y servicios (OMS/OPS, 2010).

Todos estos aspectos han dado origen a una importante cantidad de intentos de explicación de las prácticas de consumo, así como a un número no menor de intervenciones destinadas a prevenirlas, morigerarlas y/o a atender a los y las usuarios/as. No obstante,

existe evidencia de que la mayoría de estas intervenciones han sido insuficientes o inadecuadas, tanto en Argentina como en el resto del mundo y de que a pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de otros grupos, así como de los recursos invertidos en ellas, los resultados han sido magros (HOPENHAYN, 2002; ROMANÍ, 2008; CCAMCTIE, 2009; MENÉNDEZ, 2012).

En este trabajo presentamos herramientas conceptuales, experiencias relevadas por nuestro equipo y reflexiones que buscan aportar a la construcción de un modelo socio-comunitario para el abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas. En primer lugar, reseñamos los principales modelos de abordaje de los consumos de drogas actualmente vigentes, las perspectivas, las concepciones de sujeto y los marcos operativos que subyacen a los mismos. En la segunda sección sintetizamos las características centrales a diversas experiencias territoriales de abordajes socio-comunitarios que consideramos innovadoras en este campo. A partir del análisis de las mismas, en la tercera parte señalamos las dimensiones que consideramos fundamentales para la construcción de un modelo socio-comunitario. Finalmente, a modo de cierre, reflexionamos sobre la articulación entre prevención, asistencia y rehabilitación –es decir sobre el cuidado en términos globales–, necesaria para la construcción de políticas públicas integrales en torno a los consumos de drogas.

Modelos de abordaje

El consumo de drogas comienza a visualizarse como problema social a mediados del siglo XX. A partir de ese momento se han desarrollado en nuestras sociedades diversos modelos teóricos para entenderlo. Ellos otorgan una relevancia diferente a los siguientes tres elementos: las drogas, los sujetos y los contextos, y su desarrollo ha impulsado diferentes respuestas prácticas en relación al consumo y su prevención.

Históricamente el desarrollo de los modelos sobre el consumo de drogas siguió el siguiente recorrido: en un primer momento (hacia 1950), el modelo que se desarrolló fue el *ético-jurídico* (TOUZÉ,

2010), el cual considera el consumo como un delito y al consumidor como un transgresor con total responsabilidad e intencionalidad. Este modelo busca dificultar la disponibilidad de la sustancia y su estrategia preventiva se basa en divulgar las consecuencias nocivas de la utilización de drogas.

En un segundo momento, hacia los años 1970, se produce un salto hacia un paradigma basado en la salud, y aparece lo que se ha dado en llamar el *Modelo médico-sanitario* (TOUZÉ, 2010). El "drogadicto" pasa a ser considerado un "enfermo" al que hay que curar y las intervenciones se apoyan en la prescripción, el consejo y la información, en el marco de la institucionalización de las personas que consumen.

En la década de 1980 surge el *Modelo psicosocial*, el cual corre el foco desde la sustancia hacia el sujeto. Las adicciones son vistas entonces como la consecuencia de un malestar psíquico y el consumo de drogas como una forma de manifestar aquello que no puede ser dicho. Se enfatiza en este caso la importancia del medio social cercano (familia, amigos) en el consumo de sustancias, y es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación actuales.

Los años 1990 vieron el surgimiento del *Modelo sociocultural*, que postula que la estructura socioeconómica y los aspectos culturales determinan en gran medida los consumos de drogas. Estos serían parte de un síntoma, pero ya no se piensa en términos de psicopatología sino de disfunciones sociales. Los programas de reducción de daños parten de este modelo, el cual posibilitó políticas más tolerantes que buscan generar la aceptación del consumo como un hecho más de nuestras sociedades. No obstante, la emergencia de la condición económica como determinante fundamental del malestar social hace que se establezca una asociación inmediata entre pobreza y consumo de drogas, estigmatizando a los sectores de menores recursos por estas prácticas.

Las intervenciones desarrolladas hasta ahora sostienen por lo general la idea de que el consumo de drogas podría ser eliminado, en lugar de aceptar que las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos; mantienen una falsa dicotomía entre drogas

"ilícitas" y "legales"; muchas de ellas basan sus respuestas solamente en la asistencia a los usuarios en lugar de invertir esfuerzos en las causas de la adopción de las prácticas de consumo problemático; aíslan el consumo de drogas de otras problemáticas sociales; dejan de lado la participación de los usuarios y/o los estigmatizan; han trabajado más en la identificación de los factores de riesgo que conducen al consumo que de los factores protectores en relación con éste, por citar los aspectos más relevantes que pueden haber influido en la escasez de resultados positivos.

Estas intervenciones se basan en modelos acerca del consumo de drogas como los reseñados anteriormente, que privilegian la dimensión individual del fenómeno, dejando de lado sus dimensiones relacionales.

Por otra parte, dichos modelos están permeados por dos perspectivas desde las que se abordan los trabajos preventivos, de promoción de la salud y de tratamiento y asistencia en salud**:** *la perspectiva normativa* y *la subjetivante* (KORNBLIT; CAMAROTTI; DI LEO, 2010; 2012).

A la perspectiva normativa subyace una *concepción de salud* principalmente biomédica, definida como ausencia de enfermedad, centrada en los servicios de salud y escindida de aspectos culturales, políticos, económicos, psicológicos y ambientales. La perspectiva subjetivante, por su parte, presenta una concepción de salud más compleja que incorpora estos aspectos, critica al modelo médico hegemónico, prioriza las condiciones y experiencias personales y comunitarias y promueve los derechos en salud.

En cuanto a las *acciones con la comunidad*, la perspectiva normativa busca promover cambios en las personas mediante la intervención en sus entornos inmediatos, a la vez que modificar conductas; mientras que la perspectiva subjetivante se propone acentuar la influencia mutua entre los sujetos y sus ambientes y alentar la problematización de los factores macroestructurales y de la exclusión, evitando la naturalización de los problemas.

La *concepción de sujeto* de la perspectiva normativa es pasiva, entendiéndolos como beneficiarios/destinatarios de las intervenciones sociales; siendo en la subjetivante sujetos de derecho, autónomos, participando activamente en todas las instancias de las acciones

comunitarias (ejerciendo la ciudadanía). Si bien la perspectiva normativa utiliza la categoría de "participación comunitaria", la misma promueve el fortalecimiento personal, lo que implica la búsqueda de salidas individuales a situaciones que tienen importantes dimensiones colectivas.

El *marco operativo* de la perspectiva subjetivante se centra en el fortalecimiento individual y colectivo, la formación de redes, la promoción de la conciencia crítica y reflexiva y el reconocimiento y ejercicio de los derechos. Considera la toma de decisiones de modo compartido y redefine el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad. De este modo, alimenta el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades.

Abordajes socio-comunitarios: experiencias y reflexiones

Todos estos antecedentes confluyeron para desarrollar el *modelo socio-comunitario*, que pone el énfasis en la prevención y en la promoción de la salud a nivel grupal, más que en el nivel asistencial individual, teniendo en cuenta la necesidad de modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, es decir, los factores de riesgo, y potenciando los factores que disminuyen la probabilidad de dicho consumo, es decir, los factores de protección. Recupera así la perspectiva subjetivante, que hemos descripto más arriba.

Partiendo de estas formulaciones, nuestro equipo ha venido realizando diversos proyectos tendientes a construir un modelo alternativo para la comprensión de los consumos problemáticos de drogas, del que puedan derivarse intervenciones que logren mayores grados de imbricación de la población y, por lo tanto, de eficacia —tanto en lo que se refiere al consumo como a la concientización de que los consumos de drogas no son sólo "un problema de quienes las usan".

Vista desde nuestra perspectiva, a la cual denominamos "relacional", la dependencia de las drogas es consecuencia no sólo del efecto farmacológico de una sustancia sobre el organismo, sino de los modos en que las personas procesan cuestiones tan diversas como los procesos estructurales en los que están inmersos, las relaciones sociales que derivan de los mismos, las expectativas culturales que poseen, los procesos de identificación y construcción del yo que llevan adelante

y las estrategias de interacción con los otros, por citar sólo algunas de las construcciones socioculturales que nos interpelan diariamente.

Como se afirma en un Informe del Comité Científico Asesor sobre las Drogas de Argentina (2009), del universo de personas que consumen drogas, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos.[1] Estos se producirán entre las personas que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social, entendiendo por tal, en el sentido de AYRES *et al.* (2012), las experiencias que alejan a las personas de sus proyectos posibles de felicidad, a través de las experiencias vividas de *disrespeto* en relación con sus derechos como ciudadanos y como sujetos autónomos, miembros de una comunidad.

Durante 2013 nuestro equipo realizó una investigación mediante la cual se relevaron 16 experiencias territoriales de trabajo (mayormente con jóvenes) en la Ciudad de Buenos Aires y en algunos municipios del Conurbano bonaerense, Argentina. En una primera etapa se seleccionaron organizaciones y/o actividades que evaluamos como innovadoras en el campo de la atención/prevención del consumo problemático de drogas o en la promoción de la salud en sentido amplio, ya sea por los modos en que dichas organizaciones han nacido y crecido; por las actividades que proponen y las metodologías que utilizan; por las articulaciones que llevan a cabo con otras instituciones trascendiendo los sectores tradicionales de intervención; por la concepción de usuarios de drogas y de consumo que utilizan, entre otras. Nos interesaron tanto aquellas organizaciones que abordan de modo específico los consumos problemáticos de drogas como aquellas que por sus objetivos y metodologías de trabajo colaboran con la promoción de la salud de distintos grupos.

Las organizaciones e intervenciones que hemos relevado son heterogéneas y podríamos agruparlas en tres tipos:

---

[1] Consideramos que un *consumo problemático* es aquel que genera una pérdida del control del sí mismo o que permite a la persona incurrir en prácticas de riesgo para ella o para los demás por estar bajo los efectos de una sustancia. Un uso de drogas problemático ocurre cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Aquellas que abordan específicamente los consumos problemáticos de drogas como un tema de salud pública, orientadas tanto a la prevención como al tratamiento.	Aquellas que abordan los consumos problemáticos de drogas en sus vinculaciones con la marginalidad y la vulnerabilidad –nuevamente orientadas a la prevención y/o al tratamiento– pero desde un enfoque integral de estas condiciones.	Aquellas que trabajan temáticas no vinculadas de un modo directo a los consumos problemáticos de drogas –como las iniciativas deportivas, educativas, comunicacionales y culturales– pero que consideramos son intervenciones de promoción de la salud pues apuntan a generar espacios valorados que promueven personas críticas y reflexivas, y desarrollos de proyectos de vida.

A partir del diálogo entre los desarrollos teóricos del campo de la salud colectiva, de los estudios sobre ciudadanía, derechos humanos y sociales y del mencionado relevamiento, hemos identificado estrategias que están en línea con lo que llamamos el *modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas.* Asimismo, hemos identificado en estas experiencias dimensiones y elementos que nos permiten ampliar y fortalecer dicho modelo.

El modelo socio-comunitario: principales dimensiones

Como bien lo expresa su nombre, en este modelo la comunidad tiene un lugar central: es la protagonista en la búsqueda de soluciones a los problemas que se le presentan. La trama comunitaria, no obstante, no es entendida aquí desde una concepción romántica –como comunidad armónica y homogénea– sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado en distintos grados por la diversidad, el conflicto y la cooperación. Esto implica poner el foco también en las relaciones de poder, atendiendo al hecho de que las tensiones y luchas –materiales y simbólicas- forman parte de la realidad de una comunidad.

En un abordaje socio-comunitario de los consumos problemáticos de drogas se privilegian los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socio-culturales. Desde esta perspectiva, el significado asociado a las drogas está determinado no sólo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que los grupos de una sociedad definen el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas y de intervención que se utilizan.

Cabe destacar que las dimensiones del modelo socio-comunitario funcionan de manera articulada, algunas se implican mutuamente –es decir, que parte de lo que se suscribe en una dimensión aparece también en otra– atendiendo al hecho de que su nivel de abstracción es alto y sus referencias teóricas muchas veces comunes.

Promoción de la salud

Se parte de una definición amplia e integral de la salud que reconoce como perteneciente a su campo problemático las prácticas, situaciones o condiciones capaces de producir tanto bienestar como malestar en los sujetos, grupos y comunidades. La formulación de estrategias de promoción de la salud en relación con el consumo problemático de drogas utiliza los recursos comunitarios disponibles, planificando actividades para alcanzar metas, objetivos y logros a corto y a largo plazo, a través de la creación de espacios comunitarios en los que se busque reconocer las diferencias y consensuar qué forma de vida queremos, cómo satisfacer las necesidades particularmente de los jóvenes y cómo crear alternativas de ocio acordes a sus intereses.

Integralidad

El concepto de integralidad proviene de los estudios de la medicina social brasilera. El mismo rompe con las concepciones dualistas provenientes del modelo biomédico –salud/enfermedad, cuerpo/mente, individual/colectivo– y busca definir la salud como un campo problemático, abriendo sus sentidos a un permanente proceso histórico–político–social de crítica, disputa y diálogo entre discursos y prácticas provenientes de múltiples instituciones, organizaciones, saberes, poderes, experiencias y situaciones individuales y colectivas.

El cuidado integral de la salud implica la articulación en primer lugar con otros sectores además del de salud, atendiendo a la definición amplia a la cual suscribimos; en segundo lugar, entre los conocimientos y tecnologías de las diversas ciencias –sociales, psicológicas, médicas– entre sí y con los múltiples saberes y prácticas de cuidado presentes en las comunidades con las cuales se trabaje; en tercer lugar, entre los diferentes niveles y especializaciones del sistema de salud; en cuarto lugar, entre la demanda espontánea y la demanda programada.

Centralidad del concepto de vulnerabilidad social

Este concepto deja de lado la noción de riesgo individual. A diferencia de esta última, la vulnerabilidad social pone el foco en el contexto en el cual se desarrollan los sujetos y las prácticas, y desplaza la atención de las identidades –personales o sociales– hacia las relaciones sociales, base de las situaciones de vulnerabilidad, como las relaciones de género, económicas o generacionales.

La vulnerabilidad, conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y menor disponibilidad de recursos para su protección, es analizada a partir de tres dimensiones que se hallan en permanente interacción: lo individual/intersubjetivo, lo social y lo programático. Lo individual refiere a las relaciones entre las personas, lo social a los espacios de interacción en la vida cotidiana y lo programático a las políticas e intervenciones institucionales.

Trabajo en redes

El modelo socio-comunitario se basa en la construcción de espacios de vinculación, encuentro y empoderamiento entre distintos actores sociales. La comunidad local es el conjunto de las redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado. El trabajo en red se basa, fundamentalmente, en aprovechar los recursos existentes en la comunidad, coordinándolos y complementándolos, conectando territorios, grupos e instituciones. Implica la introducción de estrategias de coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros agentes que conforman la sociedad civil (MILANESE, 2012).

Importancia asignada a la participación social

El modelo socio-comunitario prioriza también la participación de personas, grupos e instituciones en la mayor cantidad de instancias posibles de cada intervención, de modo tal de asegurar que aquello que se realice sea lo que la comunidad efectivamente necesita. La participación implica que las personas de la comunidad puedan influir en la toma de decisiones sobre las acciones que les competen. La mutua influencia entre gestores de proyectos y participantes de los mismos implicaría una participación plena. Si bien ella aparece como un horizonte deseado en las intervenciones sociales de las organizaciones que hemos analizado durante los últimos años, hay veces que la misma no es posible o no se logra plenamente. Y esto no descarta o desacredita a la intervención, pues hay evidencia de acciones que han resultado positivas para las comunidades aun cuando las mismas no llegan a ofrecer espacios de participación plenos.

Asimismo, existen iniciativas autogestivas que implican una profundización de la idea de participación. Ocurre cuando el motor para la realización de intervenciones o proyectos surge de la misma comunidad, sin nadie ni nada de afuera que los impulse (personas, subsidios, etc). Los agentes externos aparecen en los proyectos autogestivos en una segunda instancia, en el caso de requerirse recursos o relaciones específicas para viabilizar acciones.

Sustentabilidad

La sustentabilidad refiere a estrategias y modos de hacer que influyen en las posibilidades de mantener instituciones y actividades en el mediano y largo plazo. Si bien depende de varios factores, entre los cuales se cuentan qué recursos y espacios hay disponibles, pero también quiénes de la comunidad están involucrados en el proyecto, el factor económico suele ser central. Los modos en que las organizaciones y las actividades se financian determinan ciertos modos de hacer que a su vez intervendrán en las posibilidades de sostenerse en el tiempo.

A modo de cierre

Como lo han señalado recientemente algunos de los organismos internacionales que trabajan en temas de salud y derechos humanos, las respuestas socio-sanitarias que se diseñen deben basarse en un abordaje integral, equilibrado, multidisciplinario y construido sobre un marco de pleno respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Para que esto sea posible es necesario fortalecer las instituciones del Estado, sus políticas públicas y sus estrategias, en particular las de educación, salud y seguridad ciudadana.[2]

La articulación entre prevención, asistencia y rehabilitación debería realizarse bajo el paradigma del *cuidado*, entendiendo por tal el reconocimiento de los usuarios como interlocutores de un diálogo entre profesionales, funcionarios y usuarios de drogas que permita la identificación de las situaciones de *disrespeto* hacia estos últimos y sus modificaciones (AYRES, 2011), teniendo como norte la integralidad de las acciones, en el marco de políticas de salud descentralizadas y con plena participación de la comunidad (PINHEIRO; MATTOS, 2006; PINHEIRO; SILVA JR., 2010).

Las experiencias que trabajan desde este enfoque socio-comunitario, en diversos países, deben ser un aprendizaje para pensar las actuales políticas de drogas. En casi todos los países de la región existen iniciativas en este sentido, algunas de las cuales cuentan con indicadores evidentes de eficacia, pero ellas no han adquirido aún el aliento necesario para que sean adoptadas como políticas públicas.

En parte esta dificultad se vincula a la ausencia de procedimientos de evaluación y sistematización de estas prácticas, por lo que postulamos que el primer paso en el desarrollo de esta perspectiva debería ser la sistematización de los programas de abordaje del consumo problemático de drogas llevados a cabo tomando como eje el modelo socio-comunitario.

---

[2] Cf. por ejemplo la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015.

Referencias

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado:* trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. In: AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. (org.), *Vulnerabilidade e direitos humanos.* Prevenção e promoção de saúde. Livro 1. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22.

COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR EN MATERIA DE CONTROL DEL TRÁFICO ILÍCITO DE ESTUPEFACIENTES (CCAMCTIE) *Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje.* Buenos Aires, 2009.

HOPENHAYN, M. *Prevenir en drogas:* enfoques integrados y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Santiago de Chile: CEPAL, 2002.

KORNBLIT A. L.; CAMAROTTI, A. C.; DI LEO, P. F. Cultura y subjetividades: un enfoque alternativo al de conductas de riesgo. Implicancias para intervenciones comunitarias. In: CONGRESO INTERNACIONAL: ADICCIONES: UN ENFOQUE SOCIO-SANITARIO, 2., Ciudad de Salta: Secretaría de Salud Mental y Abordaje Integral de las Adicciones, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta, 2012.

KORNBLIT, A. L.; CAMAROTTI, A. C.; DI LEO, P. F. *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación - IIGG, UBA - UNICEF Argentina, 2010.

MENÉNDEZ, E. L. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 8, n. 1, p. 9-24, 2012.

MILANESE, E. *Tratamento Comunitário.* Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas. São Paulo: Instituto Empodera, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C.: OMS, 2010.

PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

ROMANÍ, O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 4, n. 3, p. 301-318, 2008.

TOUZÉ, G. *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo.* Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel, 2010.

Nodos biográficos, vulnerabilidades y cuidados en jóvenes en barrios populares: construyendo abordajes analíticos y prácticos integrales

Pablo Francisco Di Leo
Ana Clara Camarotti

Introducción

Los sujetos atraviesan, en distintos momentos de sus biografías, diversas situaciones de *vulnerabilidad*, definidas por el cruce entre sus trayectorias, los vínculos intersubjetivos y las condiciones socio-institucionales, que van conformando su propio mundo. Si bien la vulnerabilidad es constitutiva de la condición humana, su intensidad tiene importantes variaciones según las características y articulaciones en las que se produce. En esta línea de trabajo, José Ricardo Ayres (2011) y Roseni Pinheiro (2010) proponen realizar un giro epistemológico, ético y político en torno a la categoría de *cuidado*, entendiéndola como el conjunto de prácticas, políticas y servicios dirigidos a identificar las situaciones de vulnerabilidad, invisibilidad social, en las vidas de los sujetos y promover los medios para superarlas.

En este capítulo presentamos resultados de dos proyectos de investigación,[1] centrándonos en el análisis de los vínculos entre los principales acontecimientos biográficos, los procesos de vulnerabilidad y de cuidado en jóvenes que viven en barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina. Para ello, retomamos y adaptamos la herramienta metodológica de los *relatos*

[1] Proyectos: UBACyT 2010-2012 - 20020090200376 y UBACyT 2013-2015 GEF 20020120200171BA. Director: Pablo Francisco Di Leo - Codirectora: Ana Clara Camarotti. Financiados por la UBA con sede en el IIGG.

biográficos – Michèle Leclerc-Olive (2009) – ya que mediante la misma podemos abordar, de manera dinámica y multidimensional, los procesos de construcción de las subjetividades. En primer lugar, consideramos como significativos aquellos acontecimientos que eran concebidos como tales por los propios entrevistados y no por el investigador.[2] El proceso de construcción de los relatos se fue consensuando a lo largo de las entrevistas. Luego de cada encuentro, los investigadores devolvimos a los jóvenes[3] la transcripción de la entrevista anterior, de modo que estos últimos pudieran introducir las modificaciones que consideraran pertinentes. Como producto del trabajo se produjeron diez textos que sintetizaban los acontecimientos más importantes de las vidas de los jóvenes entrevistados –4 mujeres y 6 varones. Estos productos tuvieron una doble finalidad: por un lado, constituyeron objetos de valor para los sujetos, puesto que se convirtieron en sus propios relatos biográficos; por otro lado, se obtuvieron documentos que contribuyeron a nuestro análisis sociológico (DI LEO; CAMAROTTI, 2013).

Siguiendo la estrategia de la comparación constante de la teoría fundamentada construimos, codificamos y analizamos los relatos de manera simultánea, utilizando como auxiliar el software Atlas. ti. A partir del análisis del corpus construimos diversas categorías centrales y proposiciones emergentes (STRAUSS; CORBIN, 2006). En la próxima sección desarrollamos tres de dichas categorías, a las que denominamos *nodos biográficos* –retomando el sentido utilizado en informática– ya que constituyen puntos en los que confluyen múltiples conexiones entre las vidas personales y los mundos sociales: *vínculos afectivos*; *barrio*; *instituciones públicas*. En la sección final reflexionamos sobre las relaciones entre dichos nodos y los procesos de vulnerabilidad y de cuidado de estos jóvenes.

---

[2] Durante el desarrollo de nuestro trabajo de campo tomamos los resguardos éticos para preservar el anonimato, la identidad y la integridad moral, social, psicológica y cultural de los sujetos que participaron en las entrevistas de manera informada y voluntaria, asegurando la confidencialidad de sus respuestas.

[3] Teniendo conciencia de la orientación androcéntrica del español, utilizamos el género masculino en los plurales sólo para facilitar la lectura.

Nodos biográficos

Vínculos afectivos

Separaciones y abandonos que provocan giros y discontinuidades biográficos

Muchos acontecimientos señalados por los jóvenes como muy significativos en sus vidas refieren a separaciones, rupturas con personas muy cercanas afectivamente, que generaron giros, discontinuidades en sus biografías. Las vivencias de abandono y de pérdida de sentido narradas por los jóvenes ante estas situaciones, deben enmarcarse en la centralidad que sigue teniendo –aún con sus heterogeneidades y tensiones– la institución familiar como uno de los principales soportes que sostienen sus vidas. Las rupturas con las parejas también se presentan en las biografías –aunque con un menor peso que las anteriores– como giros biográficos.

Danilo Martuccelli (2007) plantea que no hay individuo sin un conjunto muy importante de *soportes*, afectivos, materiales y simbólicos, que se despliegan en su experiencia biográfica, a través de un entramado de vínculos con sus entornos sociales e institucionales. Los soportes son los medios por los cuáles el individuo llega a tenerse frente al mundo; el conjunto de elementos, materiales e inmateriales, que lo vinculan a su contexto. En las experiencias de ruptura de vínculos afectivos significativos se ponen de manifiesto el lugar central que ocupan estas relaciones como soportes existenciales en las vidas de estos jóvenes.

Violencias familiares que generan heridas y marcas en las biografías

En sus relatos biográficos varios jóvenes narran situaciones de violencia –vividas especialmente durante su infancia o adolescencia–, generadas por distintos familiares cercanos, significándolas como heridas que marcaron sus vidas. Estas vivencias son significadas por los jóvenes como situaciones de sufrimiento, pérdida y ruptura de un vínculo constitutivo con sus seres más cercanos, que marcan para siempre sus identidades. Es posible relacionar estos acontecimientos a la categoría de *duelo* que, según las reflexiones de Judith Butler (2010), remite a la crisis o ruptura de los lazos con otros sujetos que participan en la constitución del yo. Los individuos sienten que

pierden su identidad, su ser, sufriendo una profunda transformación cuyo resultado no pueden conocer de antemano.

Según Axel Honneth (1997), en los procesos de construcción de sus identidades los sujetos requieren permanentemente del reconocimiento de los otros, por lo que su negación –vivida como menosprecio– los moviliza a la lucha en distintas esferas de sus vidas. El autor identifica tres grandes *formas de reconocimiento*, con sus correspondientes manifestaciones de menosprecio: a) *afectivo o amor*; b) *jurídico-moral* y c) *ético-social o solidaridad*. En estas experiencias de humillación física y psicológica, los individuos viven la negación uno de sus soportes fundamentales, el reconocimiento afectivo o amor: la permanente búsqueda de construcción y mantenimiento de la confianza en las relaciones cara a cara –familia, pareja, amigo, compañero, vecino–, constituye la base de los procesos de subjetivación y de constitución de la seguridad en uno mismo o autoconfianza. Su negación extrema se pone de manifiesto en la humillación física, la tortura o la violación, que privan al sujeto de su autonomía en su relación consigo mismo, destruyendo su confianza básica en el mundo.

Desde aquí podemos comprender los sentimientos de injusticia generados frente a situaciones de violencias familiares, que movilizan a los sujetos a luchar, mediante distintas tácticas, por ser reconocidos y sostenidos afectivamente. Los jóvenes entrevistados que vivieron durante sus infancias y adolescencias este tipo de experiencias fueron demandando, encontrando o construyendo nuevos soportes afectivos a partir de diversas relaciones de confianza con personas, grupos y/o instituciones significativas en sus biografías.

Lazos afectivos que permiten construir autoconfianza y proyectar las biografías

La mayoría de los jóvenes identifican como acontecimientos centrales en sus biografías la constitución de vínculos afectivos con distintas personas –padres, madres, hijos, sobrinos, parejas, amigos– que los ayudan a sostener sus vidas. En términos de Anthony Giddens (1991), la *confianza* permite a los agentes construir su *seguridad ontológica*, es decir, en términos fenomenológicos, su *ser-en-el-mundo*, sin el cual les sería imposible actuar y habitar el mismo

universo social con otros seres humanos. En la segunda modernidad, la seguridad ontológica ya no se encuentra asegurada por los lazos de parentesco o comunitarios. En cambio, la permanente búsqueda de relaciones personales cuyo principal objetivo es la sociabilidad, constituidas a partir de la lealtad y autenticidad, se convierten en un requisito fundamental para la constitución de identidades personales y lazos sociales. La confianza personal se convierte en un proyecto a ser trabajado por las partes involucradas y requiere la *apertura del individuo para el otro*.

Esta centralidad de las relaciones de confianza en la construcción biográfica se refleja en los relatos de los jóvenes en torno a sus vínculos más cercanos –familiares y, especialmente, amigos y parejas. La confianza es presentada por ellos como un preciado capital que se otorga o se gana en raras ocasiones, pero que, al realizarse, es vivida como una verdadera experiencia de apropiación subjetiva del sí mismo, del otro y, como veremos más adelante, también de las instituciones.

Barrio

La villa como expresión de la otredad[4]

Muchos jóvenes narran que vivir en la villa los obliga a tener que soportar los prejuicios, la discriminación y la violencia de los que no viven ahí y muchas veces también de sus propios vecinos. Es decir, se construyen dos otredades. Una de *frontera*, entre el interior y el exterior del barrio y otra *in situ* entre los que viven allí. Vivir fuera de la villa es expresado como un esfuerzo, no como algo dado, que ocurre sin resistencias, por el contrario para muchos resulta altamente significativo y trabajoso, los ejemplos que se repiten en este tipo de situaciones son los de jóvenes de familias más pobres y migrantes.

En los discursos juveniles de nuestro estudio aparece la idea de "villa" como "otredad" construida como aquello de lo que hay que distanciarse y diferenciarse. Según María Cristina Cravino (2009), en estos barrios marginalizados los límites afuera y adentro son

[4] El término "villa" o "villa miseria" es utilizado en Argentina para denominar –en general, con tono despectivo, desde los medios de comunicación y desde las personas que no viven en ellas, pero también con sentidos reivindicativos por muchos de sus habitantes– a los barrios vulnerabilizados.

construidos por sus habitantes, pero también por distintas instituciones "externas", especialmente las estatales. Estas delimitaciones pueden constituirse, asimismo, al interior de la villa como diferenciadores espaciales jerarquizados entre los grupos o sectores sociales que los integran, en tanto son valorizados de diversas maneras por tales actores.

Salir del barrio implica muchas cosas para estos jóvenes y se torna una tarea titánica. Cómo se logra salir y cómo y de qué modo se vuelve, es otro de los temas que estos jóvenes tienen que transitar y resolver. Cuando alguien se va del barrio genera en su grupo de pertenencia admiración pero también lo viven como una traición al lugar.

El barrio como territorio de violencias e inseguridad

En esta proposición emergente aparece una fuerte dicotomía que diferencia entre los peligros externos –grupos que vienen a irrumpir la tranquilidad barrial, pero también la policía– y otra padecida y sufrida por los vecinos, generada entre ellos mismos –bandas que se enfrentan; bandas que tornan al barrio en un lugar inseguro y hostil. Los jóvenes manifiestan que en las últimas décadas se produjo un cambio notorio en cuanto al crecimiento de la inseguridad y a los modos en que se manifiesta la violencia dentro del barrio, relatan situaciones no vividas con anterioridad, lo que asumen que es la resultante de modificación de los códigos barriales.

Por un lado, aparece la idea de que al barrio se lo defiende y se lo protege de otros grupos barriales, esto está vinculado con la idea de "poner en juego la defensa cuerpo a cuerpo". Para protegerlo hace falta pelear y enfrentarse con los que asechen el lugar. Para ello, hay una preparación, relatan rituales y diversos modos que ellos llevan a cabo para "bancar" y cuidar al barrio. La pertenencia y defensa de estos espacios ocupa un lugar central en sus identidades juveniles.

Sin embargo, las violencias ejercidas por integrantes del barrio no siempre son valoradas positivamente o consideradas como legítimas por los demás integrantes de la comunidad. Para otros jóvenes este tipo de forma de defensa barrial termina incrementando los niveles de inseguridad, lo que constituye un factor más de sufrimiento y padecimiento y ponen en peligro las vidas de las personas que viven

allí. Lo que se traduce en un clima barrial cada vez más hostil, viviéndose como territorios fragmentados y desunidos. Una de las causas que ellos adjudican es la heterogenidad que en las últimas décadas los caracteriza. Para muchos, la villa dejó de ser lo que era, un espacio de encuentro y solidaridad, ahora prima la separación, la desconfianza y el individualismo.

El barrio como lugar de identificación, pertenencia, encuentro y posibilidades

Los vínculos sociales que construyeron en el barrio son un elemento central de las narraciones de los jóvenes. Valoran y recuperan aquellos vínculos sinceros, intensos, creíbles que funcionaron en sus vidas como un factor protector. No importa tanto el sostenimiento en el tiempo como la intensidad de estos vínculos.

En estas experiencias se pueden identificar algunos de los soportes que el barrio les proporciona, principalmente los simbólicos y afectivos, a los jóvenes para movilizar en sus procesos de individuación. Varios jóvenes identifican al barrio como ese lugar de encuentro con su grupo de amigos, de sociabilidad en espacios recreativos y lúdicos, que los contienen y donde se sienten reconocidos. La dimensión corporal y el carácter co-constitutivo de los otros se revela como fundamental en la producción de las subjetividades de los jóvenes en el barrio. Vivencian y valoran las experiencias de respeto y reconocimiento de los otros como verdaderos soportes de su existencia.

Muchas veces el barrio funciona de manera instrumental como contraparte a un sinfín de carencias que tienen que enfrentar: como las casas son pequeñas y en su mayoría no cuentan con patios, el barrio, la calle, funciona como ese espacio que contiene a niños, adolescentes y adultos. Muchos vecinos constituyen soportes materiales y afectivos frente a las escaseces cotidianas de las familias en el acceso a diversos productos, al cuidado de sus niños e información. Los jóvenes también destacan las ofertas que se vienen gestando y ofreciendo en los barrios desde los últimos años. Consideran que esto es algo muy positivo, que potencian sus capacidades y que les permiten tomar contacto con disciplinas y actividades a las que no podrían acceder de otro modo.

Instituciones públicas

Instituciones educativas en las que se sienten discriminados, no reconocidos o excluidos

Las experiencias escolares de los jóvenes en barrios populares se asocian a distintas formas de esterotipación y discriminación por sus orígenes étnicos, nacionales y/o barriales. Retomando los análisis de Honneth (1997), estas distintas formas de menosprecio de sus subjetividades movilizan a muchos jóvenes a luchar por ser reconocidos en los planos *jurídico-moral* –ser considerados titulares de los mismos derechos y estatus moral que los demás– y *ético-social* –ser valorados por sus identidades, prácticas y formas de vida particulares. Estas luchas no solo pueden consistir en reacciones violentas inmediatas sino que, en algunos casos las prácticas de discriminación –especialmente cuando son protagonizadas por adultos o agentes de instituciones públicas, como escuelas y policía– son desnaturalizadas y denunciadas, definiéndolas como "violencias" e "injusticias":

Otro tipo de experiencias escolares narradas por los jóvenes se vinculan a "repeticiones de años", "fracasos", "segregaciones" o "exclusiones". En su investigación doctoral desarrollada en escuelas secundarias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Pablo Di Leo (2010) identificó la presencia dominante de los tipos de clima social –*desubjetivante* e *integracionista-normativo*– que, al centrarse en normas, autoridades y saberes naturalizados, contribuyen a los procesos de cosificación de las instituciones y las subjetividades, profundizando las distancias entre la escuela y los procesos de subjetivación juveniles.

Violencias institucionales que provocan marcas profundas en las subjetividades

Las violencias protagonizadas por agentes policiales se presentan en los relatos de algunos jóvenes entrevistados como una de las experiencias más traumáticas vividas en diversos tiempos y espacios de sus vidas. Los vínculos entre muchos jóvenes que viven en barrios marginalizados y la policía se encuentran marcados por la discriminación, el acoso, la desmesura, la arbitrariedad y el abuso en el ejercicio del poder. Los operativos policiales se presentan en varias ocasiones con una espectacularidad y agresividad desmedidas, dirigidas

principalmente a demostrar su mayor fuerza física y simbólica frente a diversas manifestaciones de identificación y organización popular, como las movilizaciones de hinchadas de equipos de fútbol.

Si bien estas tensiones permanentes entre policías y jóvenes son bastante generalizadas, en algunas experiencias, como la narrada por un joven que había sido judicializado, detenido en un penal y tenía libertad condicional, el ejercicio abusivo del poder policial es mucho más individualizado, traduciéndose en controles, acosos, arbitrariedades cotidianas y profundas marcas en el cuerpo, los vínculos y los soportes subjetivos. Aquí se pone de manifiesto el fenómeno que Alcira Daroqui y Ana Laura López (2012) denominan *cadena punitiva*: un encadenamiento de lo policial, lo judicial y lo custodial que forja trayectorias penalizadas, en las cuales muchos jóvenes en barrios marginalizados vivencian a lo largo sus vidas diversas violencias institucionales, dirigidas a producir la degradación, sumisión y, en algunos casos, la anulación de sus subjetividades y sus cuerpos.

Personas e instituciones que posibilitan el acceso a recursos afectivos y simbólicos subjetivantes

En sus relatos biográficos los jóvenes destacan como acontecimientos muy significativos las pocas oportunidades en las que pudieron construir vínculos de confianza, escucha y diálogo con algunas personas y, por su intermedio, con ciertas instituciones públicas que abrieron nuevas posibilidades en sus vidas. Las relaciones de confianza de estudiantes con docentes o directivos se hacen posibles en las escasas ocasiones en las que dichos agentes manifiestan disposiciones para escucharlos y tratarlos como sujetos. Su emergencia es significada por los jóvenes como verdaderos momentos de inflexión en su experiencia escolar, habilitando un nuevo tipo de vínculo con los otros y, en general, con la escuela.

La apertura intersubjetiva que, a la vez, es habilitada por y es propiciadora de relaciones de confianza intergeneracional, favorece el despliegue de los procesos de reconocimiento jurídico-moral y ético-social de los estudiantes, generando un tipo de clima social escolar *ético-subjetivante* (DI LEO, 2010). En el mismo –que ocupa un lugar subordinado con respecto a los otros dos tipos de climas

sociales identificados–, los jóvenes van construyendo cotidianamente sus identidades narrativas en procesos de identificación abiertos, donde los otros ocupan un lugar central, desarrollando sus reflexividades tanto en la revisión crítica como en la generación de acuerdos en torno a las normas, rituales, contenidos y autoridades.

Reflexiones finales

A partir de nuestro análisis de los relatos de jóvenes en barrios populares del AMBA identificamos tres nodos biográficos –vínculos afectivos; barrio; instituciones públicas– que ocupan un lugar central en sus vidas. Sin embargo, como sintetizamos en el siguiente cuadro, sus efectos y relaciones con las biografías no son unívocos ni lineales, sino que, a partir de complejas y dinámicas articulaciones entre sus trayectorias personales, sus relaciones intersubjetivas y sus condiciones estructurales –socio-económicas, territoriales e institucionales–, pueden desencadenar o potenciar procesos de vulnerabilidad o de cuidado.

Cuadro 1: Nodos biográficos, vulnerabilidades y cuidados en jóvenes

Nodos biográficos	Vulnerabilidades	Cuidados
Vínculos afectivos	*Separaciones y abandonos que provocan giros y discontinuidades biográficos* *Violencias familiares que generan heridas y marcas en las biografías*	*Lazos afectivos que permiten construir autoconfianza y proyectar las biografías*
Barrio	*La villa como expresión de la otredad* *El barrio como territorio de violencias e inseguridad*	*El barrio como lugar de identificación, pertenencia, encuentro y posibilidades*
Instituciones públicas	*Instituciones educativas en las que se sienten discriminados, no reconocidos o excluidos* *Violencias institucionales que provocan marcas profundas en las subjetividades*	*Personas e instituciones que posibilitan el acceso a recursos afectivos y simbólicos subjetivantes*

Fuente: Elaboración propia.

Los relatos analizados presentan diversos escenarios en los que las vidas de los jóvenes se vinculan con experiencias de violencia, privación, discriminación y desprotección, trazando trayectorias marcadas por la negación de las principales formas de reconocimiento subjetivo. Las separaciones, abandonos y violencias familiares profundizan la vulnerabilidad de los sujetos, debido a la negación del afecto o amor, fuente de seguridad ontológica y autoconfianza. En el barrio se levantan diversas fronteras entre sus habitantes y entre estos y el exterior, basadas en la anulación simbólica y física de los otros. Las pocas instituciones públicas con las que se relacionan los jóvenes –escuelas públicas y la policía– en lugar de contribuir a disminuir las inequidades, injusticias y violencias cotidianas, muchas veces contribuyen a profundizar sus vulnerabilidades: discriminación, exclusión, de negación del reconocimiento.

Simultáneamente, los jóvenes demandan o construyen diversos vínculos afectivos basados en la confianza que funcionan como soportes que les permite sostener su seguridad ontológica y su autoconfianza. El barrio también ocupa un lugar central en la construcción de sus identidades: al encontrarse sus habitantes especialmente expuestos a la inestabilidad de los empleos y de las instituciones públicas, el conjunto de relaciones estructuradas en lo territorial –lo familiar, el grupo de amigos, los vecinos– se convierte en el sostén básico que reemplaza a dichos anclajes. El barrio se constituye así en la base principal de la estabilización de la experiencia social. Finalmente, en pocas ocasiones ciertos agentes e instituciones públicas –principalmente escuelas– con las que se cruzan los jóvenes durante sus vidas habilitan posibilidades y recursos afectivos, pero en los casos que los jóvenes cuentan con estas posibilidades, en sus relatos biográficos son narradas como verdaderos soportes y giros en sus existencias, lo que les habilita la formulación de nuevos proyectos y prácticas de cuidado.

En estas condiciones, a pesar de la inexistencia de claras trayectorias institucionales que den previsibilidad a su devenir biográfico, estos jóvenes siguen pensando y llevando adelante diversos proyectos para sus vidas: continuar o retomar sus estudios; conseguir o cambiar sus trabajos; sostener o formar una pareja o una familia; generar o

desarrollar actividades artísticas, religiosas o culturales, individuales o colectivas. Sin embargo, una dimensión central de estos proyectos refiere a sus condiciones de producción, es decir, al espacio social y la trayectoria en el cual están anclados. En este sentido, consideramos que para que los jóvenes puedan seguir imaginándose y escribiendo sus futuros, resulta fundamental propiciar intervenciones institucionales y políticas públicas integrales que habiliten diversos espacios para el reconocimiento, el diálogo, la reflexividad, la transmisión e intercambio de experiencias entre generaciones, creando o potenciando formas de cuidado que contrarresten –a nivel individual y colectivo– sus vulnerabilidades.

Referencias

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado:* trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

BUTLER, J. *Deshacer el género*. Madrid: Paidós, 2010.

CRAVINO, M. C. *Vivir en la villa.* Relatos, trayectorias y estrategias habitacionales. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2009.

DAROQUI, A.; LÓPEZ, A. L. La cadena punitiva: actores, discursos y prácticas enlazadas. In: DAROQUI, A.; LÓPEZ, A. L.; GARCÍA, R. F. C. (coord.). *Sujeto de castigos.* Hacia una sociología de la penalidad juvenil. Rosario: Homo Sapiens, 2012. p. 101-106.

DI LEO, P. F. Tensiones en las experiencias escolares de jóvenes entre la lucha por el reconocimiento y la confianza instituyente. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, v. 56, n. 3, p. 183-191, 2010.

DI LEO, P. F.; CAMAROTTI, A. C. *"Quiero escribir mi historia".* Vidas de jóvenes en barrios populares. Buenos Aires: Biblos, 2013.

GIDDENS, A. *Modernity and self-identity.* Self and Society in the Late Modern Age. Oxford: Polity, 1991.

HONNETH, A. *La lucha por el reconocimiento.* Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica, 1997.

LECLERC-OLIVE, M. Temporalidades de la experiencia: Las biografías y sus acontecimientos. Iberofórum. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, v. 8, p. 1-39, 2009.

MARTUCCELLI, D. *Cambio de rumbo.* La sociedad a escala del individuo. Santiago de Chile: LOM, 2007.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2010. p. 17-37.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Bases de la investigación cualitativa*. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá: CONTUS - Universidad de Antioquía, 2006.