

Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado:

pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento

Roseni Pinheiro
Tatiana Gerhardt
Felipe Dutra Asensi
Organizadores

CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO



Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado:

pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento

Roseni Pinheiro
Tatiana Gerhardt
Felipe Dutra Asensi
Organizadores

CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO

CENTRO DE ESTUDOS, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO EM SAÚDE COLETIVA, INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS-IMS/UERJ)
Coordenadora: Roseni Pinheiro

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

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Felipe Dutra Asensi (IMS-UERJ)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Pablo Francisco Di Leo (UBA)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

CEPESC Editora
Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva
Editora Executiva: Roseni Pinheiro
Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 108
www.cepesc.org.br/editora

CEPESC Editora é sócia efetiva do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL) e filiada à Associação Brasileira de Editoras Universitárias (ABEU).

VULNERABILIDADES E RESISTÊNCIAS NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO:
PLURALIDADES MULTICÊNTRICAS DE AÇÕES, PENSAMENTOS E A (RE)FORMA DO CONHECIMENTO

Roseni Pinheiro, Tatiana Engel Gerhardt e Felipe Dutra Asensi *(organizadores)*

1ª edição / outubro 2017

Projeto da capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Revisão, preparação de originais e supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Os organizadores desta coletânea agradecem o apoio recebido das instituições que promoveram os eventos aqui citados, em especial: o Grupo de Pesquisa FASA/ISC-BAHIA, o Hospital Sofia Feldman, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNB, o IMS/UERJ, a FAPEAM e a FAPDF.

Indexação na base de dados LILACS
Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

V991 Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento / Organizadores: Roseni Pinheiro, Tatiana Engel, Felipe Dutra Asensi. – Rio de Janeiro : CEPESC / IMS /UERJ, ABRASCO, 2017.

414 p
ISBN 978-85-9536-005-1
Publicação em formato digital

1. Integralidade em Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. Saúde da Mulher. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Vulnerabiildade em Saúde. I. Pinheiro, Roseni; II. Gerhardt, Tatiana Engel. III. Asensi, Felipe Dutra.

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.

Sumário

Introdução 7
Roseni Pinheiro, Tatiana Engel Gerhardt, Felipe Dutra Asensi

Reflections on Ethics and the dynamics of personal identity 17
Agnes Heller

Cuidando experiencias, autonomías y agencias: herramientas teóricas y prácticas en torno a las incubadoras de integralidad 27
Pablo Francisco Di Leo

O ensaio como (re)forma: manifesto *anti-paperialista* 39
André Luis de Oliveira Mendonça

"A saúde é diferente": experiências inovadoras das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde 65
Felipe Dutra Asensi, Roseni Pinheiro

Políticas públicas e atenção às mulheres em situação de violência: contribuições acerca da integralidade em saúde 91
Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Lilia Blima Schraiber

Redes de Políticas Públicas e os desafios para a Integralidade do Cuidado à Mulher: lugar de mulher é onde ela quiser 104
Ana Heckert

A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto 117
Dário Frederico Pasche, Esther Vilela, Isabela Garcia dos Santos

Pruebas, soportes y luchas por el reconocimiento: experiencias migratorias de jóvenes mujeres en barrios populares 136
Pablo Francisco Di Leo, Silvia Alejandra Tapia

Ativismo e itinerários na luta pelo direito ao cuidado integral em saúde em duas experiências de cronicidade: doença falciforme e leucemia mieloide crônica 148
Clarice dos Santos Mota, Leny Alves Bomfim Trad, Yeimi Alexandra Alzate López, Altair dos Santos Lira

As movimentações de pessoas com deficiência em conferências de saúde: entre invisibilidades e desafios para o direito à comunicação e informação 169
Marina Maria

Participação da sociedade civil e o engajamento público na agenda nacional de prioridades em pesquisa: o cotidiano do CNS com foco na hanseníase 189
Marcelo Luciano Vieira, Roseni Pinheiro

Proteção social e racismo institucional: desafios no caminho da juventude negra em três capitais brasileiras 201
Leny Alves Bomfim Trad, Diana Anunciação Santos, Camila dos Santos Souza Andrade, Eliene dos Santos de Jesus, João Miguel Diógenes de Araújo Lima, Samuel da Luz Barros

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: um desafio para o Sistema Único de Saúde brasileiro 223
Marden Marques Soares Filho, Mara Fregapani Barreto

Instituições de ensino de saúde e desafios da integralidade do cuidado à mulher em situações de vulnerabilidade social: feminino, saúde e política 248
Maria Elizabeth Barros de Barros, Maria Carolina de Andrade Freitas

Formação e Cuidado em Saúde: produção de transversalidades 266
Fabio Hebert da Silva, Gustavo Nunes de Oliveira

Cenários diversificados de aprendizagem na formação em Saúde Coletiva: reflexões a partir dos saberes e práticas da Integralidade 278
César Augusto Paro, Roseni Pinheiro

O pensar e o agir na formação em saúde: reflexões interdisciplinares sobre as contribuições de Paulo Freire e Hannah Arendt 297
César Augusto Paro, Karina Moraes Bermuzes, Neires Alves Freitas, Vinícius Azevedo Machado, Roseni Pinheiro

Cenários de aprendizagem, estratégias e motivações para formação dos profissionais de saúde 327
Gilson Saippa Oliveira, Lilian Koifman, Vivian de Carvalho Reis Neves

Vulnerabilidades e agir comunitário em três territórios: periferia urbana, o semiárido e aldeias indígenas 341
Leny Alves Bonfim Trad, Janaína Braga de Paiva, Marie Agnes Aliaga, Léo Pedrana, Ana Clara Rebouças Carvalho

Saúde mental e cidadania na vida cotidiana: fortalecendo o protagonismo do movimento social na luta pela reforma psiquiátrica no Acre 366
Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Érica Fabíola Silva, Emelym Daniela S.Tonelly, Valéria Matos, Domisy Vieira Anute, Eufrasia Cadorin

Os autores desta coletânea 386

Apêndice 392

Introdução

Roseni Pinheiro
Tatiana Engel Gerhardt
Felipe Dutra Asensi

Existia um elo secreto entre a ação e o pensamento que consistia no fato de que tanto a ação como o pensamento ocorrem em forma de movimento e, portanto, a liberdade subjaz a ambos: a liberdade de movimento.

Hannah Arendt,
Homens em tempos sombrios[1]

Esta coletânea convida os leitores a adentrarem o tema "Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado", que se inspira no método indiciário[2] como estratégia de comunicar publicamente as diferentes produções acadêmicas e científicas de seus integrantes. A Rede Multicêntrica de Pesquisa Incubadora da Integralidade em Saúde contribui com textos inéditos de seus pesquisadores e parceiros, celebrando os 15 anos do Grupo de Pesquisa do CNPQ LAPPIS, com a realização do XV Seminário Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde – Edição Multicêntrica. Comemora, ainda, os cinco anos de existência das "Incubadoras da Integralidade em Saúde", no bojo do XVI Seminário integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, realizado em 2016 no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG.

1 ARENDT, Hannah. *Homens em tempos sombrios*. Tradução Denise Bottman; posfácio de Celso Lafer. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

2 Carlo Ginzburg cunhou a expressão "paradigma indiciário" em um ensaio intitulado "*Spie: Radici di un paradigma indiziario*" ("Sinais: raízes de um paradigma indiciário"), publicado na coletânea *Crisi della ragione*, organizada por Aldo Gargani, Editora Einaudi, 1979.

Cabe ressaltar que, nos anos de 2015 e 2016, o Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS organizou e realizou o maior número de seminários, simpósios e devolutivas em seus 17 anos de existência. Assim, a organização desta coletânea vem reiterar sua política editorial de cultivar a prática acadêmico-universitária de "comunicação e engajamento público" dos conhecimentos produzidos por seus integrantes e convidados, como estratégia não somente de prestação de contas pública dos resultados e produtos gerados em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, mas reafirmar sua responsabilidade pública com a sociedade que a sustenta.

A *indissociabilidade* como exercício teórico e metodológico aponta, nos textos aqui reunidos, uma agenda de investigação em curso, compartilhada em diferentes pesquisas, oficinas, disciplinas, simpósios, colóquios, seminários e congressos em âmbitos nacional e internacional. Neles se incluem análises sobre os conflitos entre diferentes configurações socioculturais, revelando problemas de ordem mais geral e por vezes atos de contestação de ideias solidificadas sobre determinados fatos e períodos.

Este trabalho, quase de artífice[3], como definido por Richard Sennett, traz a possibilidade de uma abertura de diálogo entre práticas concretas e ideias, exigindo desenvolver uma capacidade que configura um processo prolongado e repleto de significados em seus percalços. A dificuldade e a incompletude são nexos constitutivos desta coletânea, e levam dialeticamente a novos rumos e objetivos ao longo de sua construção. Desta forma, exercer a indissociabilidade significa buscar permanentemente a superação de dicotomias entre teoria/prática, sujeito/objeto, empiria/razão, a fim de constituirmos outro fundamento epistêmico.

Entendemos que tais dicotomias são frutos da lógica clássica do modo de pensar binário e linear, cuja elaboração se faz de acordo com o modelo idealizado de pensamento, neste caso ocidental, que desconsidera as possibilidades de autoria do seu oposto ou divergente, sendo as práticas o foco de nossa atenção. Mais uma vez apoiados em Roberto Esposito, ousamos oferecer a eficácia de um pensamento vivo, incorporando o saber do outro – pesquisador e pesquisado

3 O termo "artífice" aqui utilizado se inspira na obra de Richard Sennett que defini como aquele que se preocupa com o trabalho bem feito, "pelo prazer da coisa benfeita".

– como caracteres profundos da genealogia da integralidade como princípio e ação, a fim de proporcionar uma resposta radical à defasagem entre ciência e vida[4], diante do excesso que a vida, na integralidade do cuidado, apresenta diante de todas as alternativas de compreendê-la conceitualmente.

Assim, nós, do Grupo de Pesquisa do CNPQ LAPPIS, nos posicionamos epistemologicamente na recusa a toda forma de dualismo e a favor da imanência como horizonte ético-político-formativo na produção do conhecimento sobre vida, cuidado e saúde. Esse entendimento tem permeado a produção do Grupo de Pesquisa LAPPIS, ao longo de seus 15 anos de existência, e esteve presente de forma intensa na realização do XV e XVI Seminários do Projeto Integralidade, realizados, respectivamente, em 2015 e 2016.

No XV Seminário do Projeto Integralidade, comemoramos 15 anos ininterruptos de encontros anuais organizados pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS-UERJ), apresentando como título central a "Produção, Visibilidade e Democratização do Conhecimento sobre o Cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva". Estruturado como uma edição multicêntrica, esse evento ocorreu de forma descentralizada, em seminários em quatro regiões do país, realizados em períodos distintos: Edição Sudeste – de 20 a 22 de maio de 2015, no Instituto de Medicina Social/UERJ e no Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte-MG. Edição Centro-Oeste – de 1 a 3 de julho de 2015, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com apoio da FAP-DF. Edição Nordeste – de 22 a 23 de outubro de 2015, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Edição Norte – de 11 a 14 de novembro de 2015, juntamente com I Congresso de Saúde Coletiva da Amazônia – CONESC, na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, com apoio da FAPEAM. Já o XVI Seminário do Projeto Integralidade, realizado em conjunto com o IV Encontro de Incubadoras da Integralidade, que teve como tema central "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na

4 ESPOSITO, R. *Pensamento Vivo: origem e atualidade da filosofia italiana*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016.

luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", foi realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG.

Nesses seminários foram abordados diferentes temas – Comunicação pública do conhecimento científico; Direito à comunicação e informação na saúde; Fronteiras da formação para a integralidade do cuidado; O livro como narrativa científica para o conhecimento sobre as práticas na Saúde Coletiva; Clínica, cuidado e integralidade; Interfaces da integralidade em saúde; Justiça e direito à saúde; Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado; Interdisciplinaridade; Novos objetos e perspectivas epistemológicas para investigações sobre integralidade em saúde; Direito humano à saúde na Amazônia –, todos amplamente debatidos na modalidade de mesa-redonda. Em todos os eventos, foram oferecidos minicursos e oficinas gratuitamente.

Vale aqui destacar a Edição Nordeste do XV Seminário do Projeto Integralidade, que juntamente com o Grupo de pesquisa FASA, instituiu o tema "Vulnerabilidade, Direito Universal à Saúde e Mobilização Social". A conferência de abertura, "Desafios atuais à universalização do Direito à Saúde", foi proferida pelo professor titular Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. No roteiro da programação, contamos com a realização de quatro mesas-redondas que abordaram os seguintes temas: Iniquidades raciais em saúde; Populações vulneráveis e direito à saúde; Cronicidade; Participação, controle social e luta pela inclusão em saúde. Esses temas funcionaram como verdadeiros eixos temáticos para a convocação de resumos de trabalhos, dos quais se selecionaram 63 comunicações coordenadas e 15 trabalhos na modalidade pôster, compondo o "Varal de Pôsteres" do evento. Todos os resumos estão sendo organizados para publicação na forma de anais, com lançamento previsto para breve.

A presente coletânea, *Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado: pluralidades multicêntricas de ações e a (re)forma do conhecimento,* nos pareceu um mote conceitual, pois conta com a pluralidade de temas e a diversidade de metodologias, constituindo *par excellence* a malha epistemológica que nos caracteriza como rede de pesquisa. Seu escopo plasmou o objetivo profícuo e permanente de sistematizar resultados e procedimentos de pesquisa-extensão/intervenção, cujo objeto se centra nos saberes e práticas de saúde para

a integralidade do cuidado, em suas dimensões técnicas, éticas e culturais na efetivação do direito à saúde. São definidos os elementos que favorecem a articulação das ações de intervenção, integração e interdisciplinaridade entre os campos da saúde, educação e trabalho.

No ano de 2016, iniciamos os preparativos para o XVI Seminário do Projeto Integralidade na Região Norte do país, na Universidade do Estado do Amazonas, integrando as atividades comemorativas da Semana de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde com a realização do "Ciclo de Palestras sobre Cuidado, Ética e Direitos Humanos". No dia 12 de maio de 2016, realizou-se uma mesa de debate intitulada "Cuidado e Ética na Saúde", sendo composta pelas professoras Agnes Heller (NNSR/USA) e Bethania Assy (UERJ/PUC-Rio), com mediação da professora Roseni Pinheiro (UERJ). Fruto de uma parceria virtuosa entre o Grupo de Pesquisa do CNPQ LAPPIS e a Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, no âmbito do Doutorado Interinstitucional CAPES Instituto de Medicina Social da UERJ, esta mesa possibilitou alargar a mentalidade sobre as questões relacionadas à construção de identidades e seu rebatimento na questão da ética no mundo contemporâneo. São questões que perpassam a interioridade de reflexões sobre a integralidade do cuidado, no que tange à superação dos dualismos, e garantem uma leitura dos pressupostos da necessidade de ampliar o debate sobre individual e coletivo, valores sociais e valores universais, o cuidado e a ética. Nesta mesa, a professora Agnes Heller proferiu a palestra intitulada "*Ethics and Care*", que discute a formação de identidades e sua consciência na era moderna, sendo seu texto gentilmente oferecido para esta publicação.

Ainda na esteira do XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade, promovemos o IV Encontro da Incubadora da Integralidade, comemorando a só tempo dez anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman. O tema do evento, "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", nos desafiava a compreender as transformações das experiências dessa luta e sua relação com a saúde de forma alargada, no que concerne à diversidade de suas contribuições disciplinares do campo da Saúde Coletiva. Constatou-se que, nos últimos dez anos, o governo brasileiro vinha acumulando expertise na temática dos direitos das mulheres,

mediante a decisão de implementar um conjunto de iniciativas de apoio ao desenvolvimento tecnológico, logístico e científico. Influenciava-se positivamente não somente os indicadores de saúde, mas os indicadores sociais. O forte incentivo ao progresso do estoque de conhecimento sobre o direito ao cuidado das mulheres destinava-se a fortalecer o planejamento das ações no campo da gestão e financiamento dos serviços de saúde, assim como na formação permanente de profissionais, e integrava um conjunto me medidas capazes de enfrentar os desafios na afirmação da vida e dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

No IV Encontro das Incubadoras de Integralidade, oferecemos a compreensão do que significam essas incubadoras, a partir da análise do sociólogo da Universidade de Buenos Aires, professor Pablo Francisco Di Leo, no texto *"Cuidando experiencias, autonomías y agencias: herramientas teóricas y prácticas en torno a las incubadoras de integralidade*", adensando sua expressão acadêmica-científica como iniciativa de constituição de redes de pesquisa na América Latina. Vale lembrar que a ideia de incubadora da integralidade compreende experiências inovadoras nas quais ensino, pesquisa e extensão andam efetivamente de mãos dadas. Como diz o próprio nome, têm a ver com a ideia de concepção e gestação de ideias e, em linhas mais gerais, com a noção de processo e maturidade.

Existem três incubadoras, sendo duas no Brasil (Belo Horizonte-MG e Rio Branco-AC) e uma na Argentina (Buenos Aires). Nelas os temas de pesquisa-ensino-extensão são trabalhados de maneira diversa, de acordo com as especificidades de cada região e país, sendo prioritárias as áreas da saúde materno-infantil e de saúde mental. Diante da necessidade de discutir a vinculação dos conhecimentos produzidos pela rede, há a crítica aguçada e pertinente sobre os veículos da produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva, realizada por André Mendonça, com o texto "O ensaio como (re)forma: manifesto anti-paperialista". O autor chama a atenção para o desenvolvimento de nossa capacidade sobre as narrativas dessa produção e o modo como as veiculamos no campo da Saúde Coletiva, destacando a modalidade ensaio como veículo mais dialogável na oferta de contribuições capaz de transformar a realidade de modo criativo, libertário e compromissado, frente à hegemonia dos "*papers*" no campo da saúde.

Tendo em vista a diversidade de temas e os distintos contextos em que foram elaborados, organizamos esta coletânea sem dividi-la em partes, pois cada texto se organiza e se estrutura no plano do real concreto de sua formulação, onde buscamos por meio das notas de rodapés oferecer pistas sobre os cenários de produção. Vejamos essa trajetória.

Num movimento contra-hegemônico, reafirmamos a importância do tema sobre as mulheres (adultas e jovens), suas lutas históricas de resistências e sua relação com as políticas públicas, destacando o combate à violência de gênero, pelo direito à escolha do modo de parir, as lutas por reconhecimento e o papel das instituições de ensino na integralidade do cuidado à mulher em situações de vulnerabilidades. Nesta temática, cinco textos inéditos oriundos desses seminários são voltados para o debate crítico, assumindo um posicionamento ético-epistemológico-político frente ao cenário brasileiro atual. São eles: "Políticas públicas e atenção às mulheres em situação de violência: contribuições acerca da integralidade em saúde", de Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lilia Blima Schraiber; "Redes de Políticas Públicas e os desafios para a Integralidade do Cuidado à Mulher: lugar de mulher é onde ela quiser", de Ana Heckert"; " A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto", de Dário Frederico Pasche, Esther Vilela e Isabela Garcia dos Santos; "*Pruebas, soportes y luchas por el reconocimiento: experiencias migratorias de jóvenes mujeres en barrios populares*", de Pablo Francisco Di Leo e Silvia Alejandra Tapia; e "Instituições de ensino de saúde e desafios da integralidade do cuidado à mulher em situações de vulnerabilidade social: feminino, saúde e política", de Maria Elizabeth Barros de Barros e Maria Carolina de Andrade Freitas.

Também os temas da formação e seus conteúdos epistemológicos e práticos foram contemplados. Os cinco textos aqui oferecidos trazem contribuições plurais e transversais sobre as abordagens utilizadas para sua compreensão, como pensar e agir nas práticas de ensino amistosos à integralidade do cuidado. Percorrendo suas construções, o leitor encontrará leituras sobre: os cenários diversificados a partir dos saberes e práticas de integralidade do cuidado – "Cenários de aprendizagem, estratégias e motivações para formação dos profissionais de saúde", de Gilson Saippa Oliveira, Lilian Koifman e Vivian de Carvalho Reis Neves; e "Cenários diversificados de aprendizagem na formação em Saúde

Coletiva: reflexões a partir dos saberes e práticas da Integralidade", de César Augusto Paro e Roseni Pinheiro"; a transversalidade da formação e no cuidado em saúde – "Formação e Cuidado em Saúde: produção de transversalidades", de Fabio Hebert da Silva e Gustavo Nunes de Oliveira; "O pensar e o agir na formação em saúde: reflexões interdisciplinares sobre as contribuições de Paulo Freire e Hannah Arendt", de César Augusto Paro, Karina Moraes Bermuzes, Neires Alves Freitas, Vinícius Azevedo Machado e Roseni Pinheiro. Este último texto propõe as afinidades epistemológicas entre as contribuições de Hannah Arendt e Paulo Freire, para problematizar o pensar e agir na formação em saúde.

Insere-se ainda, na temática central desta coletânea, o tema dos direitos, por meio de contribuições analíticas sobre questões inerentes às experiências do seu exercício nas instituições jurídicas e de saúde, e nas situações de privação de liberdade: "'A saúde é diferente': experiências inovadoras das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde", de Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro". Há as questões de raça e etnia: "Ativismo e itinerários na luta pelo direito ao cuidado integral em saúde em duas experiências de cronicidade: doença falciforme e leucemia mieloide crônica", de Clarice dos Santos Mota, Leny Alves Bomfim Trad, Yeimi Alexandra Alzate López e Altair dos Santos Lira; "Proteção social e racismo institucional: desafios no caminho da juventude negra em três capitais brasileiras", de Leny Alves Bomfim Trad, Diana Anunciação Santos, Camila dos Santos Souza Andrade, Eliene dos Santos de Jesus, João Miguel Diógenes de Araújo Lima e Samuel da Luz Barros"; "Vulnerabilidades e agir comunitário em três territórios: periferia urbana, o semiárido e aldeias indígenas", de Leny Alves Bonfim Trad, Janaína Braga de Paiva, Marie Agnes Aliaga, Léo Pedrana e Ana Clara Rebouças Carvalho"; e "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: um desafio para o Sistema Único de Saúde brasileiro", de Marden Marques Soares Filho e Mara Fregapani Barreto".

No que tange aos direitos, apontamos um tema subjacente à participação, melhor dizendo, à participação do pesquisado (movimentos sociais por direitos à saúde) ou a incorporação de suas demandas específicas nos fóruns institucionais de participação social – o Conselho Nacional de Saúde e sua relação com as respostas oferecidas para seu enfrentamento. São os textos: "As movimentações

de pessoas com deficiência em conferências de saúde: entre invisibilidades e desafios para o direito à comunicação e informação", de Marina Maria; e "Participação da sociedade civil e o engajamento público na agenda nacional de prioridades em pesquisa: o cotidiano do CNS com foco na hanseníase", de Marcelo Luciano Vieira e Roseni Pinheiro; e "Saúde mental e cidadania na vida cotidiana: fortalecendo o protagonismo do movimento social na luta pela reforma psiquiátrica no Acre", de Rodrigo Silveira, Juliana Lofego, Érica Fabíola Silva, Emelym Daniela S.Tonelly, Valéria Matos, Domisy Vieira Anute e Eufrasia Cadorin.

Na luta acadêmico-político-pedagógica dessa rede de pesquisa, não se pode deixar de considerar os contextos nos quais estamos inseridos, as situações de vulnerabilidade a que estamos expostos e a escolha de estratégias de resistências que podemos assumir para superar os obstáculos e dificuldades. Diferentemente dos outros eventos do Grupo de Pesquisa do CNPQ LAPPIS, não foi possível produzir em registros, por meio de coletâneas de textos, todas as contribuições advindas dos pesquisadores docentes, discentes e movimentos sociais que compõem a rede multicêntrica de pesquisa e a incubadora da integralidade, e de todos os convidados que participaram desse conjunto de eventos. Essa rede também vem sendo afetada pelos efeitos e repercussões desses contextos, marcados sobretudo pelo "produtivismo concorrencial", que de modo idiossincrático acirra as disputas na produção do conhecimento científico, e na Saúde Coletiva não é diferente. Entendemos que essa idiossincrasia tende a invisibilizar os contrastes inerentes às análises de uma realidade plural de coisas, na medida em que seus integrantes também se defrontam cotidianamente com esse "produtivismo". As práticas científicas e acadêmicas têm-se tornado cada vez mais um trabalho árduo, face à exigência diária de atender as métricas de avaliação que insistem nos sucumbir em nossos desejos, sonhos e anseios. Lutamos para produzir cada vez mais uma "ciência aberta", responsável pelo mundo que observa, indaga e a desafia, seja no que se refere aos marcos regulatórios que a normatizam, seja na defesa e afirmação de sua pertinência social.

Por último, cabe salientar que têm sido recorrentes os fatos de que os sujeitos - atores e autores - desse trabalho de artífice vêm sendo submetidos a situações limites, deparam-se com este cenário e são atingidos por seus efeitos.

Há estudos que apontam para as exigências em torno do "produtivismo" acadêmico, com vias a aumentar a produtividade e o desempenho. Estes são as principais responsáveis pelo adoecimento e quadros de sofrimento entre os pesquisadores inseridos nesse cenário. Adoecimento, sofrimento e morte são alguns dos efeitos que têm acometido docentes, estudantes, líderes de pesquisa e gestores do conhecimento. Assim, esta coletânea representa um esforço de resistência de promover uma "ciência aberta"[5] cujo modelo de prática científica, em consonância com o desenvolvimento da cultura digital, visa disponibilizar informações em rede, em oposição à pesquisa fechada. Adicionamos a esses fatos a gravidade do cenário político-institucional onde vivem a educação, a ciência e a tecnologia no Brasil, onde temos constatado cada vez mais indícios de recrudescimento e retrocessos sociais, políticos e econômicos no país. Vivemos *tempos sombrios*, e por isso devemos pensar no que estamos fazendo e como nos movimentamos, pois como ensina Rosa de Luxemburgo, "quem não se movimenta não sente as correntes que o prendem".

5 OLIVEIRA, A.C. S.; SILVA, E M Ciência aberta: dimensões para um novo fazer científico. *Inf. Inf.*, Londrina, v. 21, n. 2, p. 5-39, maio/ago. 2016.

Reflections on Ethics and the dynamics of personal identity*

Agnes Heller

This paper discusses identity formation and identity consciousness in the modern age. Certain aspects of personal identity are the same in pre-modern societies and the modern one, yet certain others undergo essential changes, especially those associated with recognition and respect. In traditional societies where the rank into which someone was born determines quasi naturally the function they are due to perform throughout their whole life, respect was due to members of certain ranks and not due to members of other ranks. True, single members born in a low rank could achieve respect on the ground of accomplishments, even without recognition, as slave teachers in ancient Rome. This was an exception from the rule. Is then self-respect dependent from respect by others? Not necessarily, but conditionally Self-respect namely presupposes the claim an individual or a group of individuals raises for

* Trata-se de texto original elaborado pela autora exclusivamente para o Ciclo de Palestras sobre Cuidado, Ética e Direitos Humanos, realizado na Universidade do Estado do Amazonas, no âmbito do DINTER-CAPES/IMS-UERJ e UEA, em 12 de maio de 2016. A mesa-redonda, intitulada "Cuidado e Ética na Saúde", teve participação da profa. Bethânia Assy (UERJ/Puc-Rio) e mediação da profa. Roseni Pinheiro (UERJ).

respect by others. In the absence of such a claim, one can speak of pride, yet not of self-respect.

One can follow the transformation of identity formation also in Hegel's Phenomenology of the Spirit. Reciprocity of mutual recognition begins with asymmetric reciprocity, such as master/ slave relation, transformed finally – in modern times – into relations of symmetric reciprocity.

In a world characterized by symmetric reciprocity the natural rank of single persons does not determine the function they are supposed to perform and thus the place they are going to occupy in the social hierarchy, but the other way around. The function individuals perform will determine their place in the social hierarchy. The fundamental sentence of the new social arrangement sounds: every human is born free and equally endowed with reason and conscience, and has equal right to life, liberty and the pursuit of happiness – as the Declaration of Independence formulates.

Independent of the circumstance whether those fundamental values are accepted or not, actualized or not, their very existence legitimate mutual recognition. It also allows, although does not legitimize, self-respect's claim not just for recognition but also for respect by others. I can justly claim respect for myself by others if I am also willing to respect the same in the other. The claim for mutual respect is founded on the value of freedom, it presupposes mutual recognition: yet, mutual recognition and mutual respect are still not identical. I recognize in others their rights to liberty, life and the pursuit of happiness, I recognize them as persons born with reason and conscience just like myself. But I can claim respect for myself only on the condition that I grant not just recognition for others, but also respect their actions, deliberations and judgments. If a gangster, as usual, claims respect for himself by others, his claim is not to be honored, although he, too, has to be recognized as an equal human being. It was under those briefly enumerated conditions that the dynamic of identity building underwent certain changes.

One might distinguish between two kinds of personal identity, better to say, by personal identities constructed from two perspectives: subjective or rather internal identity and objective or rather external identity. The distinction goes

back to Locke and Leibniz respectively, modified since several times. I present them with my own modifications.

Internal identity is constituted by personal autobiographical memory. Autobiographical memory on its part, is based on memory fragments, linked to one another by the individual into a narrative. Every autobiographical narrative is a fiction, and not just because the memory fragments are always interpreted by fitting them together into a continuous narrative. Autobiographical memory resembles in one aspect dreams. Only the persons whose memory fragments they are, have access to them - they can talk about them, recite them to friends, just as in case of dreams, write them down, confess them to a priest or an analyst, recite them to a boss at a job talk or to a lover in trance, yet autobiographical narratives get always edited. They are formed, variegated, assimilated to the concrete conditions, occasions. The more the occasions, the conditions differ, the more variations autobiographical narrative will take. Needless to say, that in modernity, where we all live, to quote Max Weber, in a polytheistic social universe, that is in different spheres, all of them with their own ethical, pragmatic and behavioral codes, there are no two identical conditions for the formation of autobiographical narratives. We have several different autobiographical narratives ready for different occasions even without directly cheating and lying. One can assume that all of them are relying on authentic memory traces, none of them merely invented for making a good impression. Truth and authenticity are here in the last instance identical.

The so-called internal personal identity has three implications. First, only the "I" has access to her memory traces. One can assume, that memory races of heavy emotional loading are normally preserved At first, (in childhood) memories are fixed if loaded by empirically universal innate affects such as fear, shame, disgust, rage, eroticism, joy, sorrow Later also by more complex, cognitively altered emotions. Early (and sometimes even later) memories can be recollections of a sight, a taste, a sound (such as a tree, sunset, a song, a touch, and else) but also of something that happened to the subjects (falling down, being smiled at, being scolded or praised and so on) The self's access to those traces is also "dynamic". With the exception of a few traumatic experiences (to which I will return) memory traces emerge sometimes from

the nowhere (the non-conscious self) and sink back into the same underworld. The dynamic of forgetting and remembering, these ups and downs, and the narrative constructed by them, are narrowly connected. They are the raw materials of the different presentations of the self.

A memory narrative told only for ourselves is already a kind of presentation of the self, even if not yet its representation. Internal personal identity is, at first, self-presentation. Self-presentation is mostly manifestation of self-preservation and self-defense. The need to defend myself by narration includes two aspects: the preservation of my singularity (i=I) and the protection of its unity. I forget memory traces that endanger the continuity and the unity of such a presentation, and let emerge the ones who help it. What is termed "self-respect" follows-up to the degree-the same logic, or at least it is one of manifestations of this logic.

Second, I, and no one else, create the primary narratives from my own memory traces. I can combine the traces in various ways, thus I can present (to myself) very different autobiographies. Autobiographical memory takes off from one point, and this point is always the absolute present of the identity creating, the identity - strengthening narrator. No one connects her autobiographical memory narrative from the perspective of yesteryear. One, certainly, can ask oneself, what would have happened if… ten years ago, and so on, but one asks this question always today. All autobiographical narratives are retrospective, they are told from a teleological perspective. In this sense, one can construct a final autobiography only at the moment of death. This is, among others, also the message of Heidegger's famous claim of "being towards death".

The teleological-retrospective character of identity narratives does not depend on the fact, whether the teller narrates one's life as a success story or a tragic, defeat story, whether one speaks about oneself as a fortunate or as an unfortunate being. Since autobiographical narratives are constantly variegated and changing, personal identity is also changing.

Third, internal identity can be termed "subjective" only because it is the individual whose experiences it contains who recollects them. Thus, internal identity grants the primary access to self-knowledge. Briefly, it contains the always changing truth about the self.

Since personal identity is first internal, and identity narratives as self-presentations of the individual are fictional, this truth is always also untruth. The inscription of Delphoi "Know thyself" which commanded the impossible also in the ancient ages, sounds in modern times rather absurd. In pre-modern ages, where men have been determined first by their ranks, the possible situations for action and judgment were limited. The examples by Aristotle are dealing with possibilities of non-foreseeable consequences of an act, but not the with non-foreseeable actions and reaction. In modern times however, none can know what they would do in a situation they cannot even imagine. Even just to imagine all possible types of situations is impossible in modern age. As a result, we have no idea about our hidden possibilities, thus we constantly surprise ourselves. In one of his short stories Stefan Zweig tells us how an elegant lady, a virtuous widow goes to bed with a young Polish boy due, she thinks, out of empathy, and how she later confesses, that had this boy asked her to go with him to the end of the world she would have done it. No one knows about her experience, yet she learned about herself something entirely new, something, she never ever suspected. What is important, that this experience has not destroyed her self-respect. Only that she respected herself also for something else, than others did, who respected in her only the virtuous lady, the dignified middle aged widow.

It is obvious, that the "subject" of internal identity is not just the "I", but also the "We". The tree I recollect stands in "our" orchard, the person who smiles at me is someone else, my mother, my nurse. I am a girl, I am a boy, they speak around me this and this language I am living in a village, or in a town. "We" are winning, "we" are losing, "we" should act such and such. Most of the recollected experiences, whether painful or sad, are experiences with others. Others humiliate us, others do love us. They can humiliate in us, or love in us not just the "I" but also the "we". The strongest, for the most emotional memory traces are the ones, which impress on our mind not just the actions of others, not just the feelings triggered by them in us, but also our reactions, that is, our acceptance or our refusal of the authority of those others.

Internal identity stands in reciprocal relation with external identity. To begin with Leibniz's criticism of Locke: If identity, the "self" is located in

our memory, what about amnesia? Does a person who loses his memory lose thereby also his identity? Others see them, they know exactly who they are, perhaps their neighbors for many years, they recognize their faces, statures, voices, as they also know what they have done, how they behaved, what kind of persons they are. The man who lost memory never saw his face (for the mirror lies), never heard his own voice, never realized fully the impression he made on his neighbors. Those others know many things about him. They also construct his identity. Not from his memory traces, but from their own, in addition from the narratives of others based on their memories, their judgments. External identity is also a narrative, put together from visible traces, such as actions, behavior, creation. These narratives are also fictions and they are also dynamic. The external identity of X can be constructed differently by A, B or C, and all of them can change it.

Contrary to narratives of internal identity, external identity narratives are neither teleological nor retrospective. Rather the opposite is typical, albeit not exclusive. External narratives are- mainly- based on a person's past encounters. One can tell an identity narrative also about people who died centuries before. External identities can also change, albeit they not always do. It can change due to new experiences, new information, and by the change of social judgment or imagination, most rigid external identities are normally due to prejudices, and those prejudices are, mostly prejudices against the a "we", that is, against the ethnic, religious, national, gender, sexual identity of the object of external identity building.

The constructed identity of the man with memory loss is conjectural, for here the possibility of the interplay between internal and external identity is entirely absent. This is similar in the case of the external narrative told about dead people, but there, as in biographies, one can still rely on internal sources such notes, letters, diaries and memoires.

Sartre and French existentialism in general claimed that the regard of others is the essential factor in identity building, especially in the identity building of the "we". Sartre said that the regard of the anti-Semite creates the Jew, Beauvoir that the regard of men determines the self-identity of women. The stories strangers, women etc. will tell about themselves will fit

into the image the regard of others has created for them .Moreover, they will not just organize their memory traces according expectations, but the experiences absorbed as memory traces will already perform the labor of assimilation. That is Sartre speaks of the primacy of external identity as against internal identity. Since Sartre's case of Jews is problematic, I discuss briefly the conception of Beauvoir.

According to Beauvoir women accept the opinion and judgment of the male regard as something self evidently correct, thus they see themselves through the eyes of men. They interiorize men's expectation. They try to please them, they present themselves in the male's image. There is mutual recognition, and also symmetric reciprocity, yet under the condition, that women accept the role allocated to them. They are respected only insofar they interiorize the male definition of their being and play their allotted role well, to everyone's satisfaction. Beauvoir suggests (and not just for women) to reverse the regard: to constitute the image, the external personality of men by the female regard. The moment women learn to reject to play the role allotted to them by men, they will be able of self-presentation, of creating an internal identity, independent from the male regard. Then they can claim respect for their self-presentation, not just for having well assimilated into the traditional female role.

Such a self-presentation is represented in Ibsen' play "The Doll's House". The drama tells the story of a typical reversal of regard. A wife, Nora, who played the role allotted to her in the Doll's House, suddenly turns around and begins to become, instead of a role player, just herself. The drama illuminates also one of my hypotheses: the moment that a new, not expected, experience makes someone (in this case Nora) realize that she accepted hitherto a life of lie, suddenly her whole internal narrative will be re-written. Now she tells a different story of her life, she attributes different meaning to her memory traces, for example to her father's love.

The Nora-case makes us to return to a previous question. "I" experiences go also with "we" experiences. I do not want to say, that all "I" experiences are simultaneously "we" experiences, for such a presupposition would lead us into a dangerous avenue, to the avenue of prejudices. To jump into a conclusion from "one or mine" to "all or ours", to universalize singular memory traces must be

selective and thoroughly reflected. It can be that when "I" am the victim then "we' are the victims, for I am victimized due to the membership to the "we". Yet, this is not always the case. From being betrayed by a man does not follow that I was betrayed because I am poor, neither that all men betray women.

I mentioned that Sartre made a claim for the priority of external identity to the internal one. He has not persuaded me. First because in modern times one can also choose the representative others and re-choose them relying on my internal identity, individuality, personality, conscience etc If this were not so, no prejudice on earth could wither There is another controversial issue also frequently raised. Internal or external e identity is more "'true", more reliable? This question makes sense only if raised from the perspective of external identity, given that the outsider has no direct access to the internal one. True, the "objects" of external identity building tell their story in different versions several times, they confess, open their heart and so on. Yet, even if one believes in their sincerity, one also knows that all self-presentations of identity are fictions, if only for the reason that no one knows oneself. True, the same can be said about external identity-building, since no one knows another either. There always remains a gap between self-presentation of identity and the presentation of the same by another, by various others. In case of a conversation between the two identities, perspectives, especially in situations in love and friendship, the gap can narrow down, yet the two identities will still not merge.

Cultural differences cause special problems. Creating objective identity of someone presupposes that we can read the person's signs. We can roughly read the signs of a member of our own culture or of a culture we became familiarizes with. In assessing the character of strangers, the strangeness of their behavior, one gets embarrassed and cannot form the person's objective identity (neither will one understand the narratives of internal identity). One can then withhold judgment of character and, simultaneously, grant respect to someone one does not understand. (Generally, such advance is not granted, but this is another story.)

Yet, one meets great difficulties to form external identity of someone not only because one is ignorant of the culture of the object of character judgment.

The same difficulty arises when the door to internal identity is locked up and the key of the lock got lost.

I could best illuminate this difficulty by Stefan Zweig short story "Verwirrung der Gefühle" ("The confusion of Emotions"). A professor is celebrated by his colleagues and students at the occasion of his 60th birthday. They present him with a Festschrift that – among others – described his life. The professor reads the text and realizes that this biography has nothing to do with him. They do not know him, they have no idea who he is. In the vocabulary of this essay, his consensual external identity has nothing to do with his internal identity.

And then, in a flash, his youth comes back to him: the long forgotten experience that has changed his life, that made him the man he became. As a twenty-year old he was deadly bored by university courses. Then, in a small German town, he heard a professor speaking behind a door. He immediately felt that he discovered something astonishing, fascinating, new: namely the enthusiasm, passion for one' s subject matter. The young man became the personal student of the professor and learned from him not just text understanding but also world understanding. They got close to each other, the professor dictated him his book. To cut a long story short: in a final confession the professor disclosed the student his homosexuality, and that he is in love with him. The boy is shocked: the beloved teacher is a perverse. He cannot stay there, he runs away, he does not understand anything.

Only now, only after 40 years, confronted with his phony biography, does the professor founds the key to open the deeply repressed experience: the most important event in his life And it is now that he can remember the most important person in his life, a person he has forgotten even to mention to himself. He ends his trauma narrative with a confession: never in his life, not before his parents, nor after his wife and children, has he loved anyone as much as he loved him.

Since the confession is written down by a poet. We speak here not about presentation of self-identity, but about representation of a self-identity. But is it self-representation? For the man, who represents is the poet, not the professor. Can a non-homosexual represent the self- presentation of a homosexual? Or a non Jew represent the self-presentation of Jew, or a man represent the

self-presentation of a woman? Is it more authentic if representation and self-presentation are personally connected? (I am sorry, but I have no time to follow up this in my mind important inquiry.)

Let me finally return to the question of self-respect, while taking as my starting point, for simplicity's sake, the Zweig story. The professor had no self-respect, for he accepted the prejudice against homosexuals. The boy's self-respect was shaken, for he was in love with a pervert, with the evil. Had he judged is professor and also himself on the ground of "I", and "you" not "we", "them" there would have been no trauma, no fraudulent life. Thus, the first condition of self-respect is to judge myself and also others not on the ground of the "we", whether this "we" is rejected or acclaimed, but on the ground of the "I" and "you".

Easier said than done.

Cuidando experiencias, autonomías y agencias: herramientas teóricas y prácticas en torno a las incubadoras de integralidad*

Pablo Francisco Di Leo

En este capítulo propongo algunas reflexiones surgidas a partir de mi participación, desde 2008, junto a Roseni Pinheiro, colegas del LAPPIS/IMS/UERJ y otros profesionales, estudiantes y trabajadores, en múltiples Seminarios e Incubadoras de Integralidad realizados en diversas instituciones de salud, educación e investigación de Brasil y Argentina. Para ello, desarrollo aquí algunas herramientas teóricas y prácticas que considero que pueden ser productivas en los procesos de articulación y transformación de los campos de las ciencias sociales, la salud colectiva y la medicina social en el actual contexto de nuestras sociedades.

En primer lugar, reseño algunas definiciones sociológicas en torno a las *experiencias sociales* y las *lógicas de la acción* en la actual etapa de la modernidad. A continuación, retomo propuestas analíticas que buscan dialectizar y desplegar las categorías de *autonomía* y *agencia*.

* Trata-se de texto que atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

En tercer lugar, recorro reflexiones en torno a los procesos de *destrucción* de la experiencia en la modernidad y a posibles vías para su *recuperación*. Finalmente, a modo de cierre y apertura, reflexiono en torno a las propuestas ético-políticas de las *incubadoras de integralidad* como espacios públicos de cuidado, despliegue y articulación de experiencias, autonomías y agencias.

Experiencias sociales y lógicas de la acción

Durante el siglo XX, la teoría, la investigación y la intervención social se dividieron entre dos grandes paradigmas:

- *Objetivistas*: subordinan los múltiples ámbitos de la vida social a determinadas leyes y estructuras objetivas fundamentales que se imponen a los sujetos desde determinadas esferas centrales: la cultura, la economía, la política y la lengua. Dentro de esta perspectiva, la principal función de las ciencias sociales quedaría reducida al develamiento de dicha lógica estructural, desde la cual podrían explicarse y predecirse científicamente todo fenómeno social o individual.
- *Subjetivistas*: desde el polo opuesto, se considera todo fenómeno social como una construcción única e integralmente edificada por las acciones, percepciones y valoraciones de los sujetos. De esta manera, la investigación social se reduciría a la observación y descripción lo más detallada y exhaustiva posible de las prácticas, experiencias y significaciones individuales o grupales, buscando exclusivamente en ellas mismas (y nunca afuera) las claves de comprensión de todo problema social.

Sin embargo, la profundización de los fenómenos de complejización y heterogeneización de las sociedades en la actual etapa de la modernidad generaron profundos desplazamientos en los cimientos de las ciencias sociales contemporáneas, surgiendo diversos paradigmas tendientes a superar dicho dualismo reduccionista. Dicho campo va desplazando su centro hacia la *acción social*, en lugar de las tradicionales representaciones inciertas de *lo social*. Si bien los relatos sociológicos clásicos siguen ocupando un lugar importante,

cada vez más investigaciones y modelos teóricos se centran en los individuos, sus experiencias, agencias, reflexividades y construcciones identitarias. En esta línea, desde finales del siglo pasado, François Dubet (2013) viene proponiendo un marco analítico superador de dichos dualismos alrededor de la categoría de *experiencia social*:

Por un lado, es la versión subjetiva de la vida social, una manera de percibir el mundo social, de significarlo, de definirlo a partir de un conjunto de condicionamientos y situaciones preexistentes. Es la apertura al mundo, la sensación de ser invadidos por sentimientos que nos arrastran y nos superan. Es la corriente de lo social que, cuando es suficientemente fuerte, puede arrastrarnos en contra de nuestra voluntad. Simultáneamente, la experiencia se sitúa también en el extremo opuesto, como un proceso cognitivo y práctico controlado, un trabajo de cuidada elaboración y evaluación de la acción. Como lo social no tiene unidad ni coherencia *a priori*, la experiencia social es una manera de construirlo y de construirse a sí mismo. En este sentido, el actor debe, de manera más o menos consciente y rutinaria, resolver problemas y dominar su posición en la sociedad:

> La experiencia es el proceso por el cual se construye una subjetividad para todos los seres sociales. A través de este proceso uno se ubica o es ubicado en la realidad social y de ese modo percibe y comprende como subjetivas (referidas a y originadas en uno mismo) esas relaciones –materiales, económicas e interpersonales– que de hecho son sociales y, en una perspectiva más amplia, históricas (SCOTT, 2001, p. 53).

La experiencia social no está integrada ni organizada en torno a un programa o lógica única. No es ni totalmente determinada ni totalmente libre. Es una construcción nunca acabada que realizan permanentemente los agentes para articular *lógicas de acción* heterogéneas:

> Las lógicas de la acción no son sólo grupos de motivos; son también puntos de vista sobre lo social, lógicas más cognitivas que normativas, que implican un tipo de representación de la sociedad tal como el actor la construye. Son maneras de definir la naturaleza de la sociedad y de definirse a sí mismo (DUBET, 2013, p. 194).

A partir de diversas investigaciones teóricas y empíricas, identifica tres grandes lógicas de la acción que los agentes permanentemente deben combinar para constituir sus experiencias sociales:

a) *Integración:* Cada agente actúa muchas veces en función de un principio de integración definido por la interiorización de lo social. Desde esta lógica, el yo se define como la manera en que el agente sintetiza un conjunto de roles y de pertenencias colectivas: el género, la profesión, la familia, las creencias, las culturas. Esta es nuestra identidad más profunda, constituyendo el soporte más sólido del individuo (MARTUCCELLI, 2007).

b) *Estrategia:* La identidad de los actores no es solo un efecto de los proceso de integración, es también un conjunto de recursos movilizados en situaciones e intercambios sociales particulares. En el mismo sentido, Erving Goffman (2001) analiza los roles no como programas de acción, sino como marcos de interacción. Es preciso que los actores pongan en escena su identidad para alcanzar determinados objetivos. Las posiciones e identidades de los agentes no se encuentran predeterminadas a partir de categorías esencialistas como las de clase, cultura o género, sino que deben entenderse como expresiones relacionales, estratégicas y dinámicas en relaciones de fuerzas históricamente configuradas.

c) *Subjetivación:* Existe una tercera lógica de la acción que no es reducible ni a la integración ni a la estrategia: la *representación del sujeto*. Los agentes no se identifican únicamente por sus pertenencias y sus intereses, se definen también como individuos, no a partir de un principio abstracto de su libertad, sino porque las sociedades modernas recrean y proponen permanentemente una representación del sujeto. En tanto seres genéricos, que también se definen por su creatividad, su autonomía, su libertad, es decir, todo lo que, paradójicamente, se presenta como *no-social*, *más allá* o *más acá* de toda determinación (DUBET; MARTUCCELLI, 2000; MARTUCCELLI, 2007; DUBET, 2013).

Desplegando autonomías y agencias

Las reseñadas tensiones en torno a la experiencia se articulan con las disputas por la definición y reproducción de la categoría de *autonomía* –uno de los pilares centrales de la subjetividad moderna. Los discursos liberales y neoliberales buscan, desde el siglo XVIII hasta la actualidad, congelarla y hegemonizarla en torno a una concepción del individuo hecha a su imagen y semejanza: un *yo racional autárquico* (propietario, masculino, heterosexual, adulto, occidental), que presupone que puede dominar solo la totalidad de su vida, y que obtiene y renueva su capacidad de acción desde una esencia interior (CASTORIADIS, 1997; MARTUCCELLI, 2007).

Sin embargo, desde los inicios de la modernidad, dicha representación es disputada desde múltiples movimientos sociales, políticos, culturales e intelectuales que, a partir de sus propias experiencias, identidades, reclamos y críticas, van desnaturalizando, desplegando y resignificando los sentidos de la autonomía. Una de las mejores expresiones de las potencialidades disruptivas de dicha categoría puede encontrarse en Cornelius Castoriadis (1997), quien para definirla parte de una concepción dialéctica de la subjetividad: el individuo se constituye en un proceso histórico-social nunca cerrado a partir del cual la *psique* (unidad psíquica) es constreñida a abandonar su mundo inicial y a orientarse hacia objetos, símbolos, imaginarios y reglas socialmente instituidas. El sujeto no puede pensarse como una realidad previa a las instituciones sino como un producto de ellas que, a la vez, posibilita su transformación: está constituido por la sociedad, al mismo tiempo que le da materialidad e historicidad, participando en su permanente recreación.

Desde esta concepción, la autonomía puede redefinirse como la posibilidad de los agentes de reflexionar sobre sus relaciones co-constitutivas con las normas, símbolos e imaginarios histórico-sociales que, si bien emanan de instituciones que tienden a reificarlos y reproducirlos, pueden ser desnaturalizados por los individuos, disputando sus significados a partir de sus imaginarios radicales. A partir de facilitar el acceso de los sujetos a la autonomía, es posible recuperar la dialéctica entre sus prácticas, los saberes y las normas socialmente producidas. De esta manera, los individuos pueden apropiarse reflexivamente de los saberes que necesitan y con ellos resignificar o modificar sus prácticas.

Las mismas dejan de estar autocentradas para convertirse en actos reflexivos que parten del reconocimiento de los otros –sujetos e instituciones– como momentos fundamentales, aunque no determinantes, en su génesis y cambio (CASTORIADIS, 1997).

Para profundizar en esta dimensión activa y dialógica de la autonomía, resulta pertinente vincularla con la categoría de *agencia* propuesta por Giddens:

> [...] no denota las intenciones que la gente tiene para hacer cosas, sino, en principio, su capacidad de hacer esas cosas (que es aquello por lo cual agencia implica poder). Agencia concierne a sucesos de los que un individuo es el autor, en el sentido de que el individuo pudo, en cada fase de una secuencia dada de conducta, haber actuado diferentemente (GIDDENS, 2003, p. 46).

La agencia no hace referencia a una propiedad individual o poseída por un agente, sino a una interrelación de elementos materiales y simbólicos que puede permitir la emergencia de un acto. Dicha dialoga con la concepción de *poder* formulada por Michel Foucault:

> [...] no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias (FOUCAULT, 1997, p. 114).

Retomando la lectura de José Enrique Ema López (2004), podemos sintetizar las principales potencialidades analíticas de la agencia alrededor de tres grandes ejes:

- Nos permite entender la capacidad de actuar (agencia) no como propiedad individual, sino como posibilidad (poder hacer) compartida, habilitando a concepciones relacionales y abiertas del *poder*, la *reflexividad* y las *identidades*.
- Nos permite entender la acción como mediación entre flujos de acciones.
- Nos permite entender la capacidad de actuar como *potencialidad* siempre abierta de (re)crear conexiones, relaciones y entidades heterogéneas, rompiendo con el *dualismo ontológico-sustancialista* entre *estructura* y *sujeto*.

Por ende, podemos comprender la *agencia* como lo otro del poder, que lo desborda permanentemente, como apertura de lo *posible* en la acción hacia una novedad *imposible*. Desde estas propuestas teórico-políticas, las subjetividades

nunca están definitivamente dadas ni obedecen al despliegue de una esencia predeterminada y, por ende, se (re)constituyen permanentemente en sus redes de relaciones:

> La agencia es, por tanto, la posibilidad de escapar a la norma para tratar de fundar otra regla. Esta fundación será nuevamente una posibilidad de desarrollar el poder de la regularidad y podrá ser nuevamente cuestionada y desbordada (LÓPEZ, 2004, p. 20).

Entre la destrucción y la recuperación de la experiencia

El filósofo contemporáneo Giorgio Agamben, releyendo las reflexiones de Walter Benjamín, señala que en la modernidad el sujeto fue privado de la capacidad de construir su biografía, de tener y transmitir experiencias:

> [...] para efectuar la destrucción de la experiencia no se necesita en absoluto una catástrofe y que para ello basta perfectamente con la pacífica existencia cotidiana en una gran ciudad. [...] El hombre moderno vuelve a la noche a su casa extenuado por un fárrago de acontecimientos [...] sin que ninguno de ellos se haya convertido en experiencia (AGAMBEN, 2002, p. 7-8).

Esta destrucción de la experiencia tiene sus principales consecuencias no tanto en el conocimiento, sino en la *autoridad* –fundamentada tradicionalmente en la palabra y el relato. En la modernidad tardía las experiencias se legitiman en lo inexperimentable o, como diría Anthony Giddens (1995), en los sistemas abstractos –fundamentalmente las ciencias naturales y sociales– que atraviesan transversalmente a las instituciones y a los individuos, profundizando los procesos de desanclaje espacio-temporal de la modernidad. El slogan, la información científica escindida de la vida cotidiana ha reemplazado a la máxima y al proverbio, las formas en que la experiencia se situaba como autoridad. Las experiencias se efectúan fuera del sujeto, que se queda contemplándolas con alivio:

> Por eso, si bien su condición es objetivamente terrible, nunca se vio sin embargo un espectáculo más repugnante de una generación de adultos que tras haber destruido hasta la última posibilidad de una experiencia auténtica, le reprocha su miseria a una juventud que ya no es capaz de experiencia. [...] el rechazo a la experiencia puede entonces constituir –provisoriamente– una defensa legítima (AGAMBEN, 2002, p. 12).

En este sentido, el filósofo español Jorge Larrosa (2003; 2009), especializado en las dimensiones éticas del campo educativo, critica la identificación entre las categorías de *conocimiento* y *aprendizaje* en la denominada "sociedad de la información":

> Como si el conocimiento se diera bajo el modo de la información, y como si aprender no fuera otra cosa que adquirir y procesar información. [...] Una sociedad constituida bajo el signo de la información es una sociedad donde la experiencia es imposible (LARROSA, 2003, p. 3).

Enfrentando estas concepciones dualistas y reificadas de la experiencia, Larrosa propone dignificar y reivindicar todo aquello que la filosofía y la ciencia modernas menosprecian y rechazan: la subjetividad, la incertidumbre, la provisionalidad, el cuerpo, la fugacidad, la finitud, la vida, etc. Plantea que es necesario desplazar los sentidos de la categoría de experiencia subjetiva actualmente hegemónicos hacia nuevas definiciones centradas en la alteridad: es "eso que *me* pasa". Para ello, en un proceso que nunca debe cerrarse totalmente para evitar su reificación, dicha categoría debe integrar y articular tres grandes momentos:

a) *Reflexividad*: ese *me* de "lo que *me* pasa" es un pronombre reflexivo. La experiencia es un movimiento de ida y vuelta. Un movimiento *de ida* porque la experiencia supone un movimiento de exteriorización, de salida de mí mismo, de salida hacia fuera, que va al encuentro con eso que pasa, al encuentro con el acontecimiento. Y un movimiento *de vuelta* porque la experiencia supone que el acontecimiento me afecta a mí, que tiene efectos en mí, en lo que yo soy, en lo que yo pienso, en lo que yo siento, en lo que yo sé, en lo que yo quiero, etc.

b) *Subjetividad*: el lugar de la experiencia es el sujeto. Pero se trata de un sujeto que es capaz de dejar que algo *le* pase, es decir, que algo le pase a sus palabras, a sus ideas, a sus sentimientos, a sus representaciones, etc. Se trata, por tanto, de un sujeto abierto, sensible, vulnerable, ex/puesto. Por otro lado, esta dimensión supone también que no hay experiencia en general, que la experiencia es, para cada cual, la suya, que cada uno hace o padece su propia experiencia, y eso de un modo único, singular, particular, propio.

c) *Transformación*: es porque ese sujeto sensible, vulnerable y ex/puesto es un sujeto abierto a su propia transformación: de sus palabras, de sus ideas, de sus sentimientos, de sus representaciones, etc. El sujeto hace la experiencia de algo, pero, sobre todo, hace la experiencia de su propia transformación. De ahí que el resultado de la experiencia sea la formación o la transformación del sujeto y que el sujeto de la formación no sea el sujeto del aprendizaje (al menos si entendemos aprendizaje en un sentido cognitivo), ni el sujeto de la educación (al menos si entendemos educación como algo que tiene que ver con el saber), sino el sujeto de la experiencia. Como sintetiza Francisco Ortega (1999, p. 76) "La experiencia constituye algo de lo que se sale transformado".

Para el despliegue de esta dialéctica de la experiencia subjetiva resulta fundamental la constitución de espacios institucionales en los que se propicien prácticas de encuentro, escucha, narración, expresión y diálogo. Por ende, para la recuperación de la experiencia se necesita aquello que la vida moderna obstaculiza y/o bloquea:

> [...] pararse a pensar, pararse a mirar, pararse a escuchar, pensar más despacio, mirar más despacio y escuchar más despacio, pararse a sentir, sentir más despacio, demorarse en los detalles, suspender la opinión, suspender el juicio, suspender la voluntad, suspender el automatismo de la acción, cultivar la atención y la delicadeza, abrir los ojos y los oídos, charlar sobre lo que nos pasa, aprender la lentitud, escuchar a los demás, cultivar el arte del encuentro, callar mucho, tener paciencia, darse tiempo y espacio (LARROSA, 2003, p. 5).

Reflexiones en torno a las incubadoras de integralidad

Buscando (re)construir y articular experiencias en el campo de la salud colectiva y la medicina social en Brasil, Roseni Pinheiro entiende al *cuidado* como

> [...] una práctica social orientada por las sensaciones del otro, mediada por la acción de asistir propia de los profesionales del campo de la salud; pero esa comprensión requiere comprender la coexistencia necesaria entre saberes científicos y populares, entre procedimientos técnicos convencionales y procedimientos complementarios no convencionales (PINHEIRO; CECCIM, 2009, p. 42).

En este marco, la formación en salud es una construcción colectiva y cotidiana de conocimientos a partir de la alianza entre experiencias y saberes; un proceso inacabado que supone construcciones y deconstrucciones de saberes, valores y sujetos. *Formación-intervención*, que no se disocia de los movimiento de lo real, que se afirma en la inseparabilidad de pensamiento y vida (BARROS; SILVA; GOMES, 2013, p. 106). Aquí Pinheiro propone como otra herramienta el concepto de *experienciación*: dialéctica de experiencia y transformación, habilitando la reconfiguración de saberes y poderes que engendran nuevas subjetividades. Visibilizar y analizar experiencias significa, entonces, concebir lo cotidiano de las instituciones y territorios como espacios donde las prácticas producen sentidos, saberes. Como sintetiza Sonia Acioli (2005, p. 199): "la referencia a un saber local y una sabiduría práctica realza la necesidad permanente de contextualización de los saberes, que no pueden presentarse como verdades universales".

En este sentido, como surge de mi investigación doctoral en escuelas secundarias públicas de Buenos Aires (DI LEO, 2009), en espacios institucionales dialógicos como los desarrollados en proyectos de promoción de la salud se abren nuevas posibilidades para el despliegue de los trabajos de reconocimiento intersubjetivo. En lugar de surgir por la decisión o construcción de un yo sustancial, racional y autocentrado, a partir de la apertura dialógica, el otro se presenta de manera imprevista e inconsulta, generando, a partir de su heterogeneidad, un conflicto en el sí mismo. A su vez, desde la dialéctica entre el sí mismo y el otro, es posible una resignificación-recuperación de la experiencia, poniendo en su centro a la alteridad. En un proceso que necesariamente es tanto teórico como práctico, filosófico como político, se van desplazando las concepciones sustancialistas de la identidad individual hacia una (re)conceptualización de la subjetividad como un proceso de identificación nunca cerrado, en el que ocupan un lugar fundamental las relaciones cotidianas del sí mismo con los otros.

Esta es precisamente la función de las *incubadoras de integralidad*: recuperar y cuidar experiencias innovadoras donde la enseñanza, la investigación y la extensión se cruzan. El término incubadora está relacionado con la noción de proceso y maduración, la generación de diversas formas de cuidado, articulando

saberes científicos y saberes prácticos: "pensar actuando y actuar pensando en la lucha por la defensa de los principios del sistema único de salud (SUS)" (PINHEIRO, 2010, p. 21), del derecho humano a la integralidad en salud.

Para dicho trabajo ético-político de cuidado, despliegue y articulación de experiencias, autonomías y agencias resulta fundamental que en las instituciones e intervenciones en salud y educativas orientadas hacia la integralidad se recuperen y visibilicen las reseñadas lógicas de la acción que los sujetos articulan cotidianamente para construir sus experiencias sociales: a) integración: los múltiples roles, condiciones, culturas y pertenencias colectivas e individuales –género, generación, etnia, nacionalidad, etc.– que participan en sus procesos de identificación; b) estrategia: el conjunto de recursos y tácticas movilizados por los agentes en relaciones de fuerza históricamente constituidas; c) subjetivación: la apertura y la búsqueda permanente de los individuos y grupos por ser reconocidos como seres únicos y singulares.

De esta manera, dichas instituciones e intervenciones pueden constituirse en espacios públicos de experienciación en los cuales, suspendiendo el automatismo de la acción, cultivando la atención y la delicadeza, abriendo los ojos y los oídos a las y los otros, se propicia que los sujetos amplíen cotidiana y dialógicamente sus autonomías –apropiándose de los saberes científicos y las normas para reflexionar, resignificar y/o transformar sus prácticas y contextos– y sus agencias –desplegando sus potencias, desbordando los poderes, abriendo los posibles en la acción hacia novedades (im)posibles.

Referencias

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltados para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado. As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005, p. 187-2013.

AGAMBEN, G. *Infancia e historia. Destrucción de la experiencia y origen de la historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo, 2002.

BARROS, M. E. B.; 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, 2013, p. 105-128.

CASTORIADIS, C. *Un mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira, 1997.

DI LEO, P. F. *Subjetivación, violencias y climas sociales escolares.* Un análisis de sus vinculaciones con experiencias de promoción de la salud en escuelas medias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires (Tesis) – Doctorado, Universidad de Buenos Aires, 2009.

DUBET, F. *El trabajo de las sociedades*. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

DUBET, F.; MARTUCCELLI, D. *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada, 2000.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México D.F.: Siglo XXI, 1997.

GIDDENS, A. *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

_____. *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península, 1995.

GOFFMAN, E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

LÓPEZ, J. E. Del sujeto a la agencia (a través de lo político). *Athenea Digital*, n. 5, p. 1-24, 2004.

LARROSA, J. *Entre las lenguas. Lenguaje y educación después de Babel*. Barcelona: Laertes, 2003.

_____. Experiencia y Alteridad en educación. In: SKLIAR, C.; LARROSA, J. (Comp.). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires: FLACSO, Homo Sapiens, 2009, p. 13-44.

MARTUCCELLI, D. *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada, 2007.

ORTEGA, F. *Amizade e estética na existência*. São Paulo: Graal, 1999.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; GOMES DA SILVA JR., A. (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010, p. 17-37.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; KOIFMAN, L.; MATTOS, R. A. (Comp.). *Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud*. Buenos Aires: Teseo, 2009 p. 23-54.

SCOTT, J. W. *Experiencia*. La Ventana, 13, 42-73, 2001.

O ensaio como (re)forma: manifesto *anti-paperialista**

André Luis de Oliveira Mendonça

Ensaio dedicado aos mestrandos e doutorandos da Saúde Coletiva que quiserem ousar escrever de uma forma que possa transformar a realidade de modo criativo, libertário e compromissado; especialmente os estudantes que fizeram e farão a disciplina eletiva "Fundamentos Epistemológicos e Políticos da Saúde Coletiva" (ou, simplesmente, "Como nossos pais e mães").

Vivemos sob a égide do "paperialismo", termo cunhado aqui para nomear a era do imperialismo do *paper* na academia. Só nas últimas três décadas, foi produzida uma quantidade imensurável de artigos em revistas científicas indexadas ao redor do globo.[1] A princípio, essa produção poderia ser vista como

*O autor elaborou este texto exclusivamente para exposição na mesa-redonda intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", no XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, Edição Região Centro-Oeste, realizado de 29 de junho a 3 de junho de 2015 na Universidade de Brasília, com apoio da FAPDF.

1 Refletindo crítica e propositivamente sobre o sistema de comunicação da ciência, Ivan Domingues (2014) fornece números exorbitantes sobre a quantidade de artigos e revistas, incluindo as de bibliometria, em plena era do produtivismo taylorista acadêmico.

um grande feito da humanidade, rumo ao progresso científico e tecnológico tão ansiado nos últimos três séculos, ao menos pelos Estados-Nação hegemônicos do ocidente. Um olhar mais atento e cuidadoso, entretanto, pode nos fazer crer que estamos atravessando um novo período de trevas justamente no apogeu das *Luzes*. De fato, o alto nível de produtividade desse "artigo de luxo" – o artigo científico – tem a ver diretamente com a forma como as universidades e institutos de pesquisa mantêm, cada vez mais intensamente, uma relação íntima e perigosa com a economia de mercado dos países. Vivemos supostamente na sociedade do conhecimento, em que a ciência passa a ser alardeada como a força motriz principal do desenvolvimento das nações por intermédio dos seus respectivos sistemas nacionais de inovação. Daí estarmos embebidos na "cultura inovacionista" (OLIVEIRA, 2015).

Paradoxal e ironicamente, o advento do *paperialismo* coincide com a era da globalização, fase do capitalismo na qual saímos de uma sociedade de produção para uma sociedade de consumo: ao contrário do que vem acontecendo nos diversos setores econômicos, produzimos sempre mais artigos e os consumimos cada vez menos – ou, ao menos, só citamos, seletivamente, as publicações das "melhores" revistas –, a julgar pelos índices de citação e de impacto crescentemente concentrados. Pergunta-se se não seria mais oportuno discutir distribuição de conhecimento em lugar de produção, ou ainda se seria mesmo apropriado pensar a questão nesses termos exclusivamente econômicos – produção, consumo, distribuição etc.?

Vários são os problemas atrelados ao produtivismo acadêmico. Impossível abordá-lo de modo abrangente e aprofundado sem considerar sua natureza, suas raízes mais remotas e suas consequências (indesejáveis e perniciosas). A nova organização das instituições acadêmicas vem sendo regida sob a batuta do desafinado capitalismo de clave neoliberal, cuja marca definidora consiste no estabelecimento de metas quantitativas a serem cumpridas por um trabalhador especialmente qualificado, a saber: o pesquisador. Resultados esses que serão avaliados de acordo com os parâmetros das empresas privadas financiadoras da pesquisa ou agências públicas de fomento, ambas pautadas pela lógica

gerencialista de matriz capitalista.[2] Não há como não buscar as causas mais profundas e, simultaneamente, imediatas desse processo senão no fenômeno da mercantilização da vida, quando tudo passa a poder ser, incluindo esferas tradicionalmente vistas como não passíveis de se tornarem mercadorias (*e.g.*: saúde e educação), comprado ou vendido sem grandes dramas morais.[3] O produtivismo, acompanhado da taylorização das universidades, está sendo responsável por engendrar uma grande transformação; qual seja: a mudança de *ethos* individual e coletiva dos pesquisadores, marcando a origem de uma nova e nada promissora época de perda de vínculos sociais, para ecoar as teses ainda atuais de Karl Polanyi. No afã de se criar estratégias de sobrevivência na selva de pedra que acabou virando a antiga "torre de marfim", pesquisadores se tornam cada dia mais competitivos, a ponto de adoecerem em decorrência da galopante intensificação de suas atividades laborais, acompanhada de condições precárias em seus múltiplos aspectos, bem como por causa das relações alienantes nos ambientes de trabalho.

Aqui, todavia, não constitui nosso objetivo abordar a questão do produtivismo acadêmico em geral no contexto do capitalismo, mas, sim, lutar contra um problema específico decorrente desse contexto, que é o da ditadura de um certo formato de texto "científico".[4] Nosso compromisso, o qual gostaríamos de que fosse o mais amplamente possível compartilhado, consiste em defender o pluralismo da escrita acadêmica; ademais, queremos travar a batalha da ideia do ensaio como uma forma legítima e pertinente de estabelecer uma comunicação

2 Halffman & Radder (2015) assinam um artigo que eles intitulam de "Manifesto Acadêmico" (em tradução livre), cujo conteúdo central advém da proposta de que devemos sair de uma universidade "ocupada" pela administração de valores neoliberais (competição, "eficiência", "excelência" etc.) e passar para uma genuinamente orientada pelo interesse público. Embora abordando o contexto holandês, os próprios autores admitem que o "gerencialismo", governança em que administradores de instituições acadêmicas se tornam mais relevantes do que docentes e discentes devido à sua promessa de "salvação econômica", é um fenômeno internacional.

3 Até mesmo o filósofo norte-americano Michael Sandel, que está longe de ser um detrator da economia de mercado, sugere que se ponham limites morais ao poder que o dinheiro tem tido para comprar praticamente tudo, assim como a força da grana tem sido uma oportunidade para as próprias pessoas se venderem, literalmente. Os exemplos fornecidos por ele de compra e venda (adquirir *upgrade* na cela carcerária, obter acesso ao celular do médico, consentir espaço no corpo para propaganda comercial, servir de cobaia humana em testes da indústria farmacêutica, entre tantos outros) são de nos deixar estupefatos, para não dizer atormentados (Cf. SANDEL, 2015).

4 Para uma reflexão sobre produtivismo e avaliação à luz de uma axiologia, e não mais da bibliometria, ver Mendonça (2014).

profícua, colaborativa e edificante, não apenas entre os participantes da República do Conhecimento, como também entre "especialistas" e "leigos".

Mais especificamente, tomando como ponto de partida e como fonte inspiradora o clássico O e*nsaio como forma*, de Theodor Adorno, desejamos redigir um ensaio sobre o ensaio com o intuito de advogar a tese de acordo com a qual essa modalidade de escrita pode se tornar um sabre de luz poderoso para reformarmos o modo de "produção" e "distribuição" do conhecimento, superando a hegemonia de um modelo homogeneizante e suas respectivas estandardizações mortificantes do pensamento genuinamente crítico. Com o fito de desenvolver esse argumento de forma plausível, partimos de um diálogo aberto com o referido ensaio de Adorno; em seguida, fazemos algumas considerações gerais sobre a vigente prevalência do texto burocrático, com ênfase na crítica à equivocada e danosa concepção epistemológica que lhe serve de suporte, tendo o próprio Adorno como referência; e, por último mas não menos importante, defendemos a relevância e a atualidade do ensaio, especialmente no que tangencia os campos que pretendem manter acesa e reluzente a chama dos ideais e ideias emancipatórios de certas vertentes das ciências sociais e humanidades, tal como é o caso da Saúde Coletiva. Afinal, o ensaio é, em nossa avaliação, a forma mais apropriada de escrita para a retomada da defesa do ideário axiológico, epistemológico e político da Reforma Sanitária Brasileira, especialmente nesses tempos difíceis e, ao mesmo tempo, propícios a mudanças em que vivemos. Daí o convite à filosofia, de sorte que possamos pensar juntos o ensaio como reforma com a máxima amplitude e profundidade possível.

Do ensaio do Adorno ao ensaio como Adorno. E de volta

Conquanto tenha se desenvolvido mais a partir da produção filosófica dos empiristas ingleses do século XVI e XVII, costuma-se dizer que tudo começou com Montaigne, pensador francês que, no contexto do Humanismo e Renascimento, teria defendido o "ceticismo" justamente no alvorecer da chamada era da razão por meio dos seus *Ensaios*. Tratando de temas os mais variados entre si (de "Da ociosidade" à "Da amizade", passando por "Dos canibais" ou "Dos livros"), sua atitude de modéstia e parcimônia – enunciada

já na nota inicial "Do autor ao leitor" – deixarão marcas indeléveis gravadas no DNA do genuíno gênero ensaístico:

> Se houvesse almejado os favores do mundo, ter-me-ia enfeitado e me apresentaria sob uma forma mais cuidada, de modo a produzir melhor efeito. Prefiro, porém, que me vejam na minha simplicidade natural, sem artifício de nenhuma espécie, porquanto é a mim mesmo que pinto (MONTAIGNE, 1991, p. 5).

Mas, independentemente da origem e desenvolvimento histórico da ensaística moderna, é inegável que o ensaio sobre o ensaio mais discutido até hoje é *O ensaio como forma*.[5] Nele, Adorno ataca em várias frentes com uma única artilharia: partindo de uma crítica à concepção de Georg Lukács acerca do ensaio, ele também rejeita os sistemas filosóficos totalizantes – especialmente, com perdão do oximoro, os de seus "pares antípodas" Kant e Hegel – e desmascara as fragilidades do método cartesiano de suposta garantia da verdade; concomitantemente, Adorno desaprova a erudição superficial do ensaio adaptado aos interesses mercadológicos e rechaça os principais preconceitos relativos ao estilo ensaístico. Positivamente, ele defende a tese do ensaio como uma forma de escrita propensa à autorreflexão criativa e à crítica emancipadora.

Justiça seja feita desde já: em seu denso e edificante *Sobre a forma e a essência do ensaio: uma carta a Leo Popper* (espécie de prefácio do seu livro de ensaios intitulado *A alma e as formas*[6]), o então jovem de 25 anos Lukács (2015) sustentou a tese do ensaio como uma forma artística, cuja essência se definiria no pendor para discorrer sobre literatura e arte, ou livros, obras e quadros[7]. Sua autonomia ainda não teria sido integralmente conquistada, exceto em alguns escritos muito especiais – o que faz toda diferença, como veremos à frente.

Tomando como mote essa constatação da falta de independência, embora discordando da concepção de ensaio como gênero literário moldada por Lukács,

5 Após partir da constatação da parca teorização sobre o ensaio, Andréia Guerini sintetiza seu desenvolvimento histórico: "Afinal, o gênero foi inventado por um francês, ganhou notoriedade e uma forma peculiar na Inglaterra e foi teorizado pelos alemães" (GUERINI, 2000, p. 19).

6 O mesmo texto também pode ser encontrado mais facilmente em Lukács (2008).

7 Na contramão de grande parte dos comentadores que veem nas obras lukacsianas de juventude uma preparação cumulativa para seu pensamento marxista, notadamente um preâmbulo para seu clássico *História e consciência de classe*, Ricardo Musse (2013) sublinha o itinerário não retilíneo do autor.

Adorno (2003) utilizou a foice e o martelo da crítica para derrubar os três principais pilares do monumento preconceituoso erguido em desonra do estilo ensaístico: "fantasia subjetiva", "enfoque superficial" e "impulso expressivo". Para ele, o ensaio não abre mão de certa "disciplina objetiva", tampouco deixa de ir à raiz das questões. Muito pelo contrário. Na realidade, o grande dilema concernente à posição que deveria ocupar o ensaio teria a ver, como já subjaz aqui, diretamente com a divisão das *esferas da cultura* e o processo de autonomização da vida social em geral face à fé religiosa (leia-se Igreja), engendrado durante o alvorecer do projeto da modernidade: ciência como domínio da *verdade*, arte como ofício da *expressividade* e moral/política como atividades da *ação/decisão*.

Trata-se, em nossa interpretação, da aparente irreversibilidade da separação entre conhecimento, sensibilidade e valores. Onde enquadrar o ensaio, afinal? Após erigir ponderações críticas ao idealismo alemão por sua tentativa de reunificação ou reconciliação da fragmentação das esferas através da mediação pela "intuição intelectual" e repudiar, deva stadoramente, o projeto heideggeriano – sem precisar dar nome a bois sagrados – de pretensa e contraperformativa abolição do pensamento objetificante por meio do discurso vazio de sentido sobre o Ser ("com malícia rústica travestida de sabedoria ancestral"), Adorno não deixa de atacar também a ordem repressiva da demarcação das esferas em si e, sobretudo, a ditadura da superioridade epistêmica da ciência como padrão-ouro do conhecimento, ou pior, da cultura em suas diversas manifestações.

Dito sem circunlóquios, o ensaio é, para Adorno, a única dúvida séria levantada contra a pretensiosa verdade incondicional do método científico. Daí ele ter disparado seu dardo no alvo (suposto): as regras do método do discurso cartesiano como a fonte nascente do poluído rio do cientificismo[8]. E, apesar de muita água já ter rolado de lá para cá por baixo desse moinho, voltaremos adiante a essa questão em novo diálogo com uma obra-prima de Adorno, em parceria com Horkheimer, concebida com o intuito de lançar luz sobre a

8 Mendonça & Camargo (2016) sustentam o argumento segundo o qual Descartes não era propriamente um "cartesiano", mostrando que a *letra* de seus textos pode ser – em contraposição à visão corrente de que ele seria um mecanicista, dualista, reducionista, entre outros epítetos depreciativos – fonte de inspiração para uma saúde integral.

grande confrontação entre liberdade e dominação atuante no dito esclarecimento (iluminismo): nada menos do que *Dialética do Esclarecimento*. Antes, cabe aqui rememorar, ainda que *en passant*, aquela que é a mais importante das várias variáveis em jogo na "essência" do ensaio em seu sentido positivo, a saber: a atitude crítica, ou *negativa*.

Frontalmente avesso à concepção do ensaio como mero adorno estilístico,[9] Adorno advoga a tese, de modo peremptório, do caráter primordialmente crítico dos verdadeiros ensaios:

> O ensaio devora as teorias que lhe são próximas; sua tendência é sempre a de liquidar a opinião, incluindo aquela que toma como ponto de partida. O ensaio continua sendo o que foi desde o início, a forma crítica *par excellence*; mais precisamente, enquanto crítica imanente de configurações espirituais e confrontação daquilo que elas são com o seu conceito, o ensaio é crítica da ideologia (ADORNO, 2003, p. 38).

O ensaio é, portanto, dialética negativa; ou seja, a própria filosofia adorniana acaba sendo a expressão "materializada" do estilo ensaístico defendido por ele.[10] Eis aqui, implicitamente, a principal razão da resistência ao ensaio: a liberdade de espírito requerida por um posicionamento crítico diante da realidade cultural e natural que nos circunda.[11] Liberdade essa que, por seu turno, demanda uma curiosidade, por assim dizer, epistemológica em busca do verdadeiramente novo ("princípio de prazer do pensamento"). Novidade essa

9 Preocupado com as apropriações "indevidas" de Adorno no interior da Comunicação Social e campos afins, Soares (2011) condena a "estetização" – no sentido de subjetivismo radical em detrimento do rigor filosófico conceitual – que vem tratando o ensaio como uma espécie de objeto de decoração ou mero adorno linguístico, desprovido de conotação epistemológica séria.

10 No parágrafo de abertura do prefácio de *Dialética Negativa*, Adorno (2009, p. 7) define seu "método": "A expressão 'dialética negativa' subverte a tradição. Já em Platão, 'dialética' procura fazer com que algo positivo se estabeleça por meio do pensamento da negação; mais tarde, a figura de uma negação da negação denominou exatamente isso. O presente livro gostaria de libertar a dialética de tal natureza afirmativa, sem perder nada em determinação. Uma de suas intenções é o desdobramento de seu título paradoxal". Musse (2009), ao abordar a mútua dependência dos conceitos adornianos aparentemente contraditórios (*e.g.*: especulativo x concreto; mediato x imediato), também trata dessa coerência entre o conteúdo das teses de Adorno e sua forma de expô-las.

11 Tratando da dificuldade de se definir o ensaio, Jean Starobinski também destaca a liberdade de espírito como sendo o seu âmago: "Creio que a condição do ensaio, e ao mesmo tempo seu desafio, é a liberdade do espírito. A liberdade do espírito: a fórmula talvez pareça um pouco enfática, mas a história contemporânea se encarrega, infelizmente, de nos ensinar que ela é um bem, e que este não é partilhado por todos" (STAROBINSKI, 2011, p. 22).

que não entra em conflito com a tradição. Ao contrário: "Em vez de alcançar algo cientificamente ou criar artisticamente alguma coisa, seus esforços [do ensaio] ainda espelham a disponibilidade de quem, como uma criança, não tem vergonha de se entusiasmar com o que os outros já fizeram" (ADORNO, 2003, p. 16). Destarte, "Felicidade e jogo lhe são essenciais".

A perspectiva crítica impõe ao ensaio a superação da falsa dicotomia entre "lógica científica" e "impulso expressivo": seu compromisso é com o rigor conceitual, mesmo cônscio dos limites da discursividade racional em função do caráter histórico de todo e qualquer conhecimento e experiência humana. Lutando àquela altura também contra a ideia de sistema cara às várias correntes filosóficas concorrentes entre si – nas suas palavras, nem mesmo o ensaísta Bacon livrou-se da tentação de sistematização do saber via método –, a matéria do ensaio como forma mora na filosofia do mutável, transitório e efêmero. O ensaio não tem medo do fragmentário e contingente, uma vez que essa é, por que não dizer, a própria condição de ser da realidade. Mas, não nos iludamos quanto à sua relativa perenidade: "O ensaio, porém, não quer procurar o eterno no provisório, nem destilá-lo a partir deste, mas sim eternizar o transitório" (ADORNO, 2003, p. 27). O ponto cardeal incide sobre a necessidade de se harmonizar o fragmentário com aquilo que Lukács chamou de totalidade concreta.

Comete ledo engano, portanto, quem acredita que o ensaio (ou o "poema intelectual", segundo a designação que o filósofo e poeta alemão Friedrich Schlegel gostava de usar) é, necessariamente, uma obra incompleta e inacabada (ou mera "tentativa ou experimentação") em virtude da limitação – seja ela de quaisquer ordens: pouco tempo de pesquisa, falta de sistematicidade, fragilidade de fundamentação etc. – do sujeito que o redige. A rigor, se se reconhecesse seriamente, por um lado, o caráter de totalidade e mutabilidade da própria realidade e, por outro, o de finitude e falibilidade humanas, a consequência lógica e honesta a se extrair dessas premissas seria a da natureza aberta e parcial de toda e qualquer escrita acadêmica; porém, por isso mesmo, digna de loas, especialmente quanto mais resistisse ao teste do tempo. Infelizmente, não é isso o que acontece: a defesa "mitológica" do artigo "científico" faz seu *trottoir*, amiúde por razões políticas escusas.

Mesmo tendo posto em relevo – como jamais houvera sido feito com tamanha coerência e consistência – a grandeza e profundidade do ensaio, Adorno encerra seu texto de modo aparentemente pessimista, chamando a atenção, naquele momento, para seu caráter de extemporaneidade devido ao contexto de consolidação do cientificismo acadêmico; mas, em contrapartida, afortunadamente consagrou para a eternidade o papel positivo da atitude negativa e "herética" do estilo ensaístico. Provido de sua capacidade ímpar de reconciliar "sujeito" e "objeto", o ensaio é a forma mais apropriada de escrita para desempenhar a sempre urgente tarefa de desmascarar a ideologia dominante, que camufla o caráter de construção social e histórica da ordem vigente através de suas justificativas naturalizantes com jargões pseudocientíficos[12].

Na nossa forma de compreender o problema, o desafio premente do ensaio, por conseguinte, consiste em prosseguir "metodicamente sem método"[13] (no feliz e perfeito oximoro formulado por Adorno) na sua missão de empreender uma autorreflexão permanente e uma crítica criativa e implacável contra aquilo que aqui chamamos de "LEI da DOR": o "belo" discurso irreal de Liberdade, Emancipação e Igualdade (LEI) que tenta escamotear a triste prática concreta de Dominação, Opressão e Repressão (DOR). Revogar, de uma vez por todas, essa nefasta e abominável "lei" é a utopia que irmana todos os seres humanos de "boa vontade" – expressão aqui inspirada em sua conceituação kantiana, i.e., mobilização pelo senso de *dever* – sedentos de justiça, verdade, bondade e beleza.

Do exposto até aqui, podemos tirar a conclusão de que só o ensaio pode se fazer passar por plebeu porque se sabe um tipo de grande príncipe: malgrado ainda não seja reconhecido como tal, ele é, sem sombra de dúvida, a forma mais nobre de escrita academicamente legitimada, a ponto de poder se apresentar a si mesmo como a menor entre as menores, tal como o Patrono da Ecologia –

12 Por essa razão, a temática crucial do ensaio é a da relação entre natureza e cultura, sendo a cultura a verdadeira primeira natureza: "Ao confrontar os textos com seu próprio conceito enfático, com a verdade visada por cada um, mesmo quando não a tinham em vista, o ensaio pretende abalar a pretensão da cultura, levando-a a meditar sobre sua própria inverdade, essa aparência ideológica na qual a cultura se manifesta como natureza decaída. Sob o olhar do ensaio, a segunda natureza toma consciência de si mesma como primeira natureza" (ADORNO, 2003, p. 40).

13 Tomando como ponto de partida justamente esse procedimento adorniano, Alexandre Botton (2014) demonstra claramente que a crítica de Adorno endereça-se à hipostatização do método em suas várias formas, e não ao método enquanto tal.

Francisco de Assis – via a si próprio diante de seus pobres confrades pecadores[14]. É isso que Lukács soube captar como ninguém ao se referir a Montaigne:

> Talvez o grande Sieur de Montaigne tenha sentido algo desse tipo [sentimento de humor e ironia] quando deu a seus escritos a designação maravilhosamente bela e apropriada de 'ensaios'. Pois a modéstia simples dessa palavra é uma soberba cortesia. O ensaísta renuncia às suas próprias esperanças orgulhosas, aquelas que às vezes o levam a suspeitar de estar próximo do essencial – afinal, tudo o que ele pode oferecer são apenas esclarecimentos sobre poemas alheios ou, no melhor dos casos, sobre os próprios conceitos. Porém, ironicamente, o ensaísta acomoda-se a essa pequenez, à eterna pequenez do trabalho mental mais profundo diante da vida, e com irônica modéstia sublinha esse fato (LUKÁCS, 2015, p. 42).

Por isso, conforme prometido, encerramos esta seção relembrando a menção feita por Lukács aos escritos especiais que tocam nas questões da "vida viva" sem demandarem mediação artística ou literária em sentido estrito e que são, nesse sentido, obras completamente autônomas. Seriam dessa lavra superior, além dos já referidos ensaios de Montaigne, os diálogos de Platão e as novelas de Kierkgaard, entre outros. Platão, por exemplo, será apontado por ele como o maior dos ensaístas de todos os tempos porque, de modo direto, teria dirigido a seus interlocutores as perguntas e questões últimas do existir, sem perder o humor ou a leveza. Quais autores ainda dispõem desse poder, em nosso tempo, no interior da academia? Eu tenho algumas preferências, mas não vem ao caso aqui aludi-las, senão tão-somente advertir que, independentemente de termos nossas escolhas pessoais, a grande virtude dos verdadeiros ensaios é a de, paradoxalmente, dizerem algo sobre/para o presente de modo "atemporal" em virtude da relevância humana das questões suscitadas. Graças a tal característica, o próprio Platão, para ficar no exemplo de Lukács, ainda é

14 Alfonso Berardinelli abre seu texto sobre a forma e as dimensões do ensaio, explicando sua "má fama" em razão do seu sucesso, como também de sua modéstia: "O ensaísmo não é um gênero literário menor. Apesar disso, paradoxalmente, sua existência foi ofuscada pela sua própria difusão, pela versatilidade e imediatez de seu uso prático. A escrita com a qual comunicamos pensamentos, juízos, reflexões, interpretações pode se apresentar como um tipo de escrita direta, mas ao mesmo tempo sofisticada e indócil ou, ao contrário, flexível e maleável. Os grandes ensaístas foram com frequência extraordinariamente respeitados e agressivos, até mesmo invasivos. Podem ter chegado a definir e orientar épocas literárias inteiras. Mas, por outro lado, enquanto escritores criativos, agiram com discrição, como se a linguagem do pensamento crítico e da interpretação não exigisse nenhuma inventividade construtiva e estilística, alguma imaginação" (BERARDINELLI, 2011, p. 25).

um contemporâneo nosso; tanto assim que podemos lê-lo de modo fruitivo, frutífero e, principalmente, edificante e transformador.[15] Obviamente, o mesmo vale para o uso que podemos fazer hoje do sabre luminoso legado pelo próprio Georg Lukács.

A dialética entre LEI e DOR

Toda escrita acadêmica, quer queira, quer não, traz em seu bojo um conjunto de pressupostos acerca da natureza, escopo e valor do conhecimento; portanto, ela nunca é "neutra", está carregada de valores. Não é diferente o que acontece com a forma de escrever disseminada hodiernamente, na qual predomina o texto técnico, hermético e maçante com ares de pretensa neutralidade axiológica. Sim, a verdade é que redigir escritos insípidos e assépticos – sejam artigos científicos, sejam dissertações ou teses – passou a ser o padrão quase obrigatório nos diversos campos científicos de ambas as duas culturas (ciências naturais/exatas e ciências sociais/humanas), sob a alegação de que a exposição do conhecimento obtido precisa ser *precisa*, ou livre de "interferência subjetiva".[16]

A regra "clara" do jogo é o ideal da tal da objetividade, que costuma ser amiúde compreendida como adequação aos fatos assegurada pelo método. Como se essa virtude epistêmica – diga-se de passagem, louvável em si mesma – não tivesse história ou fosse unívoca, ou pior, sinônimo de cientificidade.[17] Em suas

15 Alain Badiou (2014) chegou mesmo a reescrever *A República*, de Platão, almejando como que um *aggiornamento* de suas "verdades eternas".

16 Independentemente das chamadas guerras das ciências travadas entre "humanistas" e "cientistas", não se pode esquecer que, mesmo nas ciências sociais e humanas, a escrita vem ficando, paulatinamente, "burocrática". Se olharmos pelo retrovisor, entrementes, podemos contemplar uma paisagem bem mais colorida no próprio "mundo natural". Por exemplo, na principal obra considerada responsável pela "revolução científica", escrita em forma de diálogos entre três personagens (Salviati, Sagredo e Simplício), podemos nos surpreender com um linguajar praticamente "poético", para os parâmetros contemporâneos. À guisa de ilustração, vide a última fala do livro: "Sagredo – E esta poderá ser a última palavra dos nossos raciocínios destes quatro dias: se, depois disso, o Sr. Salviati desejar um certo tempo de repouso, convém que nossa curiosidade lhe conceda o descanso, com a condição contudo de que, quando lhe convier, volte a satisfazer o desejo, particularmente o meu, acerca dos problemas deixados pendentes, e anotados por mim para propô-los em uma ou duas outras sessões, conforme o combinado; e acima de tudo ficarei avidamente esperando para escutar os elementos da nova ciência do nosso Acadêmico em torno dos movimentos locais, natural e violento. E entretanto poderemos, como de costume, desfrutar por uma hora a brisa da gôndola que nos espera" (GALILEI, 2011, p. 538).

17 Para uma história magistral da objetividade, sob a perspectiva dos estudos sociais de ciência, ver Daston & Galison (2007). Mendonça & Videira (2008) discorrem sobre o percurso acadêmico de Peter Galison, tendo como mote justamente a obra *Objectivity*.

várias variantes (empirismo, racionalismo, positivismo etc.), essa concepção foi, e ainda é, hegemônica, tendo norteado o discurso oficial de legitimação da ciência como o saber especial e superior que veio a lume juntamente com o projeto da modernidade ou era do esclarecimento.

Ora, tendo Adorno erigido uma crítica corrosiva atinente aos paradoxos do iluminismo e às contradições da ciência moderna, faz-se mister recordar sua narrativa aqui, uma vez que ela me parece mais atual do que nunca; com efeito, a escrita hegemônica pretensamente científica de hoje é a algoz e, ao mesmo tempo, a vítima de uma visão cientificista ingênua – ou, quiçá, perversa – que atende aos interesses da sociedade capitalista. Sim, a escrita acadêmica, para o bem e para o mal, espelha o espírito científico e o projeto político que a anima. Desmascaremos essas duas Faces de Janus de uma só vez, mas sem perder de vista que a imagem de ciência (razão instrumental) refletida no quadro adorniano não se confunde, necessariamente, com a paisagem do esclarecimento em sua totalidade. Ao menos a "ciência heroica" também pensa – e muito bem –, afinal.[18]

O objetivo precípuo aqui consiste em percorrer, a passos largos, a senda de pavimentação das teses centrais do primeiro capítulo de *Dialética do Esclarecimento* (intitulado "O Conceito de Esclarecimento"), que trata da questão mais propriamente teórica girando ao redor da dialética entre luzes/sombras do esclarecimento e que serviu de base para a discussão sobre o papel ideológico de mistificação das massas desempenhado pela indústria cultural (segundo capítulo) e sobre a imbricação indissociável entre a barbárie do holocausto e o auge da "era esclarecida e civilizada" (terceiro capítulo). Note que o tipo de escrita encontrada no livro, como o próprio subtítulo ("Fragmentos filosóficos") já indica, é bastante inspirado no estilo aforístico, o que torna uma reconstrução fidedigna do seu conteúdo uma tarefa quase inglória. Mesmo exibindo uma unidade como obra, é como se, a cada parágrafo, houvesse uma tese que se desdobrasse em mil e uma outras questões.

18 Videira (2013) mostra, a partir de exemplos como os de Boltzmann, Poincaré e Helmholtz, a relação próxima e profícua que a física manteve com a filosofia.

Redigida por Adorno e seu colega e amigo Max Horkheimer no final da Segunda Guerra Mundial, quando se encontravam nos EUA após terem deixado a Alemanha e o Instituto de Pesquisa Social em Frankfurt para trás fugindo do antissemitismo nazista, permite antever, já na sentença de abertura do primeiro capítulo, toda densidade e tensão que nos esperam no decorrer da leitura:

> No sentido mais amplo do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores. Mas a terra totalmente esclarecida resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 17).

O ponto de partida dos autores se ancora na assunção segundo a qual a essência do saber emergente da ciência moderna se manifesta na *técnica*, entendida como o poder de controlar a tudo e a todos. Graças ao triunfo da mentalidade factual ("procedimento eficaz"), a tecnociência pôde romper fronteiras e se colocar a serviço do capitalismo em todas as facetas do humano – mentalidade essa que fora bem sintetizada por Bacon no seu lema "saber é poder". O valor supremo dessa visão de mundo residia – e, em certo sentido, reside mais do que nunca – no critério da calculabilidade e da utilidade. Tudo aquilo que não se enquadrasse nessa profana "Caixa de Pandora", incluindo talvez até mesmo a Esperança, estaria do lado de fora da "nova ordem".

Daí os autores terem identificado o esclarecimento com o totalitarismo. Obviamente, do ponto de vista de sua autolegitimação mais teórica, o esclarecimento alegava visar à unidade do saber, lançando mão primordialmente do número (seu cânone) por intermédio da matematização da natureza. Mas esse aparente projeto desinteressado de conhecer a realidade como um fim em si mesmo, por intermédio de uma ciência unitária em função da quantificação, afinava-se em perfeita simetria com a hegemonia da equivalência na sociedade capitalista nascente: "As mesmas equações dominam a justiça burguesa e a troca mercantil".[19]

19 Por ora, não constitui nosso interesse entrar na velha querela acerca da origem capitalista x finalidade mercadológica da ciência. Pouca importa, ao menos aqui, se, por exemplo, Newton é produto do capitalismo emergente ou se o capitalismo se apropriou das "Leis de Newton". A rigor, a dialética funciona aqui também: para o bem e para o mal, a ciência está na sociedade – e sempre esteve –, assim como esta atua naquela.

O esclarecimento via, acriticamente, a si mesmo como o "desencantamento do mundo" ou a destruição necessária do animismo. Ele acusava o mito – o qual supostamente teria superado – de padecer de antropomorfismo: a projeção da subjetividade humana na natureza, motivada pelo medo. Ora, em uma espécie de desmistificação da suposta "desmistificação", os autores advogaram duas teses assaz audaciosas e provocativas àquela altura: o mito já era esclarecimento e o próprio esclarecimento se reconverteu em mito.[20]

No mito já havia esclarecimento, porquanto nele também havia o objetivo de "expor, fixar, explicar", que se consolidou com a possibilidade de eles serem registrados nas grandes epopeias, tais como Ilíada e Odisseia de Homero (há, aliás, um belo excurso sobre Ulisses na *Dialética do Esclarecimento*); e principalmente, porque eles deixaram de ser relatos para se tornarem doutrina. O mito já é uma ruptura com a magia e seus respectivos rituais:

> O lugar dos espíritos e demônios locais foi tomado pelo céu e sua hierarquia; o lugar das práticas de conjuração do feiticeiro e da tribo, pelo sacrifício bem dosado e pelo trabalho servil mediado pelo comando. As deidades olímpicas não se identificam mais diretamente aos elementos, mas passam a significá-los (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 20-21).

Mais significativamente ainda: ao acabar com as distinções (a rigor, ao suprassumi-las na diferenciação entre existência e realidade), o mito vai tornar possível o domínio do homem sobre a natureza, convertendo-se em esclarecimento ao objetivá-la (esclarecimento seria, aqui, outro nome para ditadura enquanto manipulação das coisas). O poder passará a ser o princípio que permeia todas as relações. Adorno e Horkheimer não perdem a oportunidade de fazerem uma pertinente admoestação: "O preço que os homens pagam pelo aumento

20 Obviamente, por mais que ainda prevaleça uma concepção negativa sobre a natureza e papel do mito, não se pode deixar de reconhecer que, nesse período, já haviam despontado vários trabalhos que não o viam mais como "conhecimento irracional", ou como uma etapa de mera preparação para o advento do pensamento lógico; sem esquecer da psicanálise. Eliade, por exemplo, abre seu clássico *Mito e Realidade* com a seguinte contextualização: "Há mais de meio século, os eruditos ocidentais passaram a estudar o mito por uma perspectiva que contrasta sensivelmente com a do século XIX, por exemplo. Ao invés de tratar, como seus predecessores, o mito na acepção usual do termo, i.e., como 'fábula', 'invenção', 'ficção', eles o aceitaram tal qual era compreendido pelas sociedades arcaicas, onde o mito designa, ao contrário, uma 'história verdadeira' e, ademais, extremamente preciosa por seu caráter sagrado, exemplar e significativo" (ELIADE, 2002, p. 7). Como Adorno se refere especialmente aos mitos gregos, cabe aqui lembrar dos três volumes de *Mitologia Grega*, do Prof. Junito de Souza Brandão, como excelente oportunidade de "iniciação".

de seu poder é a alienação daquilo sobre o que exercem o poder" (p. 21). Por essa razão, diferentemente da tradição contra-hegemônica de exaltação da dimensão humanística dos mitos – à qual Mircea Eliade pertence e é um dos representantes mais insignes –, eles argumentam que o mito grego sofreu da ciência moderna o mesmo ataque que houvera impetrado à magia e à tradição mítica mais antiga. Todavia, na verdade, essa seria a essência da dialética negativa: a atitude crítica face ao estabelecido.

Assim como, em certo sentido, o mito já era esclarecimento, o próprio esclarecimento acaba se transformando em mito, e não apenas no sentido atual em que a ciência passou a ser objeto de uma espécie de culto de adoração. Adorno e Horkheimer atingem em cheio o coração do corpo doutrinário da epistemologia moderna: o princípio da replicabilidade.[21] De fato, independentemente de qual corrente filosófica estivesse deslindando sua natureza e especificidade, a capacidade de reproduzir – especialmente em laboratório sob condições controladas – um fenômeno, uma descoberta ou uma invenção, foi propalada como sendo a grande novidade e superioridade da ciência moderna em comparação com as demais formas de conhecimento. Tal replicabilidade houvera sido, contudo, segundo os dois pensadores frankfurtianos, um princípio organizador também do mito, por mais incrível que isso possa parecer: "essa insossa sabedoria reproduz tão-somente a sabedoria fantástica que ela rejeita: a ratificação do destino que, pela retribuição, reproduz sem cessar o que já era".

Jaz aqui a oculta e desoladora inverdade do esclarecimento: malgrado seu discurso oficial gravitando em torno da palavra "novidade", o que temos, concretamente, é o "sempre mais do mesmo" devido à pretensão de predeterminação de tudo. Mais dramático ainda: a velha e boa prerrogativa de se pensar o próprio pensamento fora abandonada pelo esclarecimento, em nome da racionalidade factual totalitarista. Paralelamente ao fato de ter-nos

21 Harry Collins, um cientista social que estuda cientistas naturais (como ele mesmo gosta de dizer), também defendeu a tese do "mito" da replicabilidade, embora de um modo bem diferente e com propósito bastante distante do de Adorno e Horkheimer. Para ele, os experimentos nunca são reproduzidos de um mesmo jeito, pois, além de serem recursos frágeis e falíveis, as circunstâncias e contingências locais e temporais são sempre condicionantes. Daí ele ter proposto a ideia do "regresso do experimentador": será sempre possível, *ad infinitum*, tanto corroborar quanto refutar um experimento, dependendo de qual lado se esteja tomando parte em uma controvérsia científica. Os experimentos deixam de ter, portanto, seu suposto papel de "experiências cruciais" que bateriam o martelo de modo inapelável (cf. COLLINS, 2011).

feito pagar o preço alto da "subordinação obediente da razão ao imediatamente dado", essa operação nos levou à nulidade tanto do objeto quanto do sujeito; com efeito, o objeto aparece sempre como idêntico a si mesmo e o sujeito, uma espécie de eunuco que crê que tudo sabe desde a eternidade.

O texto também recoloca a questão da separação moderna entre signo (ciência) e imagem (mito/arte), pondo em relevo os paradoxos da fragmentação das esferas da cultura; dentre os quais, salta aos olhos: arte reprodutivista tecnicizante *versus* ciência neopositivista estetizante.[22] Mas, na sequência, é que surge a tese que nos interessa grifar *hic et nunc*: o caráter social de toda e qualquer forma de pensamento. Decerto que essa assertiva, expressa pura e simplesmente desse modo, já não constituía uma novidade propriamente dita nem mesmo naquele período: os próprios autores fazem remissão a Durkheim como um dos primeiros a formular o "teorema" de acordo com o qual a ordem lógica reflete a imagem da ordem social. Todavia, em que pese o reconhecimento da prioridade de "descoberta" durkheimiana da "lei" de identificação entre sociedade e natureza, Adorno e Horkheimer a concebem de maneira inteiramente distinta: união interpenetrável entre sociedade e dominação. Coletividade e opressão são, nos moldes "atuais", inextricáveis.

Não obstante toda a crítica à inconveniência dessa associação, faz-se oportuno citar a ressalva crucial que os autores fazem ainda no prefácio do livro: "Não alimentamos dúvida nenhuma – e nisso reside nossa *petitio principii* – de que a liberdade na sociedade é inseparável do pensamento esclarecedor". Ou seja, desmascarar o "esclarecimento" não redunda em abonar o "obscurantismo". Na realidade, a novidade da reprodutibilidade moderna vai residir no triunfo da igualização repressiva, expressa no solapamento tanto das qualidades existentes na natureza quanto das diferenças entre os seres humanos (unidade da coletividade manipulada). Para realizar esse intento de coerção social/natural a contento, a reprodutibilidade recorrerá ao "domínio nivelador do abstrato", que, por sua vez, engendrará a dicotomia sujeito x objeto responsável pelo

22 O clássico *A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica*, do inigualável colega de Adorno e Horkheimer (Walter Benjamin), trata da dramática perda de "aura" da arte e sua experiência única do "aqui e agora" com o advento do cinema e da fotografia, bem como das consequências sociais e políticas mais amplas dessas "inovações técnicas". Ver Benjamin (2013).

distanciamento supostamente objetificante. Os indivíduos foram coisificados e a sociedade como um todo, fetichizada (fenômenos potencializados, obviamente, pela normalização via indústria cultural e pela sociedade administrada e de controle, onde imperam a contradição entre o discurso do indivíduo livre e a prática da sociedade totalitária).[23]

Ecoando grandes críticos do lado oculto e sombrio da modernidade, especialmente Nietzsche, nossos interlocutores vão direto ao ponto nevrálgico do problema: o esclarecimento é, no fundo, a radicalização da angústia mítica enquanto medo do desconhecido. Eis a origem da duplicação da natureza, acompanhada da necessidade de dominá-la: o medo.[24]

Trata-se de mais um dos paradoxos do esclarecimento: se, por um lado, houve toda uma tentativa de alcançar – que foi também uma máxima mítica – a autoconservação pela razão, por outro, acabou ocorrendo uma subjugação à vida social administrada. Os modernos quiseram livrar-se da adoração e do instinto, mas ficaram presos a grilhões ainda mais apertados. Outrossim, eles procuraram, arrogantemente, escapar da *submissão à* natureza por meio da *submissão da* natureza. Essa dialética entre natureza e homem, entretanto, não é abstrata; ela é, sim, mediatizada pelo trabalho, que, por seu turno, é cada vez mais permeado pela DOR. Temos, a rigor, um entrelaçamento de mito (esclarecimento), dominação e trabalho:

> Com a difusão da economia mercantil burguesa, o horizonte sombrio do mito é aclarado pelo sol da razão calculadora, sob cujos raios gelados amadurece a sementeira da nova barbárie. Forçado pela dominação, o trabalho humano tendeu sempre a se afastar do mito, voltando a cair sob o seu influxo, levado pela mesma dominação (ADORNO; HORKHEIMER, 1985).

23 Na sua obra-prima *O homem unidimensional*, Marcuse (2015) também parece sugerir a tese, entre tantas outras reveladoras, segundo a qual não poderia mais se falar propriamente na existência de indivíduos. A despeito de todo discurso acerca dos valores de liberdade e do primado do indivíduo propagandeado pela ideologia dominante das sociedades liberais, o que temos, na realidade, é um processo de igualização (padronização) através do qual todos ficamos cada vez mais parecidos, ou seja, somos cada vez menos críticos da sociedade de controle em que vivemos, consumindo seus bens fúteis e frívolos sem grandes questionamentos.

24 À guisa de curiosidade, vale aludir que Daston & Galison (2007) também defendem a tese de que toda epistemologia nasce de algum tipo de medo.

Nossos interlocutores frankfurtianos não são, portanto, alheios à centralidade do trabalho, conforme alguns críticos contemporâneos os acusam injustamente.[25] Eles fecham o capítulo tocando justamente no problema do progresso irrefreável como irrefreável regressão; isso por conta da substitutibilidade que era, já naquela altura, responsável pela situação de desemprego alarmante ("exército de desempregados"). Sem contar as condições concretas de impotência dos trabalhadores.

Em que se leve em conta a carga brutal de toda essa dominação "inexorável" da sociedade industrial avançada, Adorno e Horkheimer veem na universalização desse processo a fenda que abre a possibilidade de mudança; tanto é verdade que a classe dominante tenta difamar o próprio pensamento e seu pendor para o universal: "A origem particular do pensamento e sua perspectiva universal foram sempre inseparáveis. Hoje, com a metamorfose que transformou o mundo em indústria, a perspectiva do universal, a realização social do pensamento, abriu-se tão amplamente que, por causa dela, o pensamento é negado pelos próprios dominadores como mera ideologia" (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 42). Por esse motivo é que, consoante o julgamento dos autores, o erro fatal do esclarecimento foi ter suprimido o pensamento de seu horizonte, i.e., o trabalho árduo e imprescindível do conceito ("instrumento que permite medir a distância perpetuadora da injustiça").

Somente por meio do pensamento – compreendido em sua acepção integral, englobando a razão estética, a razão ética, a razão científica, e assim sucessivamente – é que a natureza pode ser reconciliada consigo mesma, no sentido de superarmos a relação predatória com o mundo natural e com os seres humanos em geral. Note-se que essa visão não se coaduna com o ideal do "bom selvagem" dos românticos, pois não se pretende manter uma vida bucólica idealizada. O que se deseja, ao fim e ao cabo, é que saiamos da perspectiva do mero controle – de humanos e não-humanos – e passemos

25 Zizek (2003) julga que *Dialética do Esclarecimento* teria significado um retrocesso quando comparado ao espírito revolucionário e à aposta na classe trabalhadora presente em *História e consciência de classe*, de Lukács. É como se, para ele, quase todos os pensadores pertencentes à Escola de Frankfurt pudessem vestir a carapaça relativa à acusação do marxismo como o ópio dos intelectuais, uma vez que eles teriam tornado o materialismo histórico e dialético um método meramente acadêmico. Contra Zizek nesse particular, defendemos que, cada um ao seu modo, pelo menos Adorno, Benjamin e Marcuse mantiveram acesa a chama do espírito revolucionário.

a viver sob o lema do autocontrole. A reconciliação com a natureza exige o ultrapassamento da dicotomia entre necessidade e liberdade, o que não teria sido feito nem mesmo pelo socialismo, uma vez que este também teria levado demasiadamente a sério as condições materiais (estrutura) em detrimento de atentar para a ideologia enquanto ofuscamento (superestrutura),[26] sendo o "mito do dado" a base da nova ideologia, à qual mesmo o socialismo rendeu-se. Mas nem tudo está perdido; lutar é preciso em prol da reconciliação redentora do esclarecimento:

> Ele [o esclarecimento] só se reencontrará consigo mesmo quando renunciar ao último acordo com esses inimigos e tiver a ousadia de superar o falso absoluto que é o princípio de dominação cega. O espírito dessa teoria intransigente seria capaz de inverter a direção do espírito do progresso impiedoso, ainda que estivesse em vias de atingir sua meta. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 45).

É evidente que o diagnóstico sobre a condição moderna feito por Adorno e Horkheimer precisa ser reforçado ou aprimorado por outras imagens, tanto anteriores e concomitantes quanto posteriores àquela desenhada por eles.[27] O contexto do texto é o da Segunda Guerra Mundial e o de todas as incertezas de um período trágico na história da humanidade, responsável por uma profusão de distopias, que, por desencanto, ainda perduram. Hoje, de todo modo, já não temos nem mais Guerra Fria, e o sistema capitalista parece ser tão invencível que quase não se vê mais necessidade de usar a palavra "capitalismo", senão apenas eufemismos para aludi-lo – tal como o termo "neoliberalismo".

Seriam capitalismo e esclarecimento ou modernidade os dois lados da mesma moeda? Não faltam respostas, ainda que sub-reptícias: para o "profeta da pós-modernidade" (parece que ele tentou fazer uma descrição da nossa época, e não dar-lhe boas vindas), vivemos agora sob a aurora de uma "condição pós-moderna" de totalizante fragmentação (LYOTARD, 2002); para o "reconstrutor do materialismo histórico" (ou seria destruidor?), a modernidade é um projeto

26 Gabriel Cohn (1997) se atém especificamente ao ofuscamento enquanto limite do esclarecimento, tendo como objeto de análise o último capítulo de *Dialética do Esclarecimento.*

27 Em *O que é esclarecimento?* (2011), foram reunidas várias respostas à questão que dá título ao livro, dadas em geral ainda no século XVIII por filósofos, intelectuais e literatos motivados pela polêmica suscitada por ocasião da publicação de um artigo contra o casamento civil assinado pelo pastor berlinense Friedrich Zölner (1783).

inacabado como que à espera do milagre de uma Europa pós-metafísica renovada à luz da "razão comunicativa" (HABERMAS, 1990); para o "inimigo número 1 da ciência" (ele se vê como o "amigo número 1 das ciências", no plural), modernidade nunca houve, embora ela deva ser repensada sob um rearranjo no qual humanos e não humanos sejam igualmente representados em um "parlamento das coisas" (LATOUR, 1994).

Não faltam propostas filosófico-políticas de substituição ao projeto moderno de progresso via dominação da natureza: há quem postule uma "nova aliança" entre cultura e natureza (PRIGOGINE; STENGERS, 1984), quem sonhe com o fim da sociedade pautada pela ideia de progresso e começo de uma nova era de "decrescimento sereno" e convivial (LATOUCHE, 2009), ou até mesmo, ainda bem, quem lute pela volta da velha e boa "ideia de comunismo" (DOUZINAS; ZIZEK, 2010), dentre tantas outras "candidatas". Sem poder entrar por ora nessa incontornável disputa acerca de qual projeto societário o nosso tempo demanda, cremos que a "mensagem subliminar" de Adorno e Horkheimer jamais foi tão oportuna, qual seja: a ideia de que, se a nossa vida social for organizada sob os auspícios exclusivos de uma racionalidade instrumental e utilitarista, as trevas serão progressivamente mais decadentes e horripilantes.

É claro que não poderemos mais levar a dialética negativa adorniana ao pé da letra a não ser colocando-a também em xeque, negativamente: talvez, com o inovacionismo de hoje, onde a lógica da "destruição criativa" (criação destrutiva?) produz cemitérios tecnológicos cada vez mais assombrosos, deveremos lutar por uma certa "positividade" das coisas; mesmo sabendo que a realidade mais triste subjacente à sanha insaciável por "novas novidades" é a de que *plus ça change, plus c'est la même chose*.

Saiamos, enfim, do imaginário social de controle da natureza e busquemos o autocontrole por meio do cultivo da nossa integralidade: por uma ciência sensível, arte reflexiva, ética/política criativas, filosofia/metafísica engajadas, tudo ao mesmo tempo agora.

Toda essa reflexão foi feita com o intuito de mostrar que a ciência forma com a sociedade um nó górdio difícil de ser desfeito. Obviamente, pode-se levantar a objeção da autonomia, no sentido de que algumas ciências seriam

completamente imunes à "contaminação social" de tão puras. De todo modo, mesmo se nos restringirmos ao interior da ciência, não poderemos deixar de admitir que se trata de um conhecimento produzido, legitimado e distribuído coletivamente, tal como se tem demonstrado desde Fleck e Kuhn até os atuais estudos sociais (e humanísticos) de ciência. Mais importante ainda é reconhecer que sempre se compartilha um conjunto de valores (ontológicos, epistemológicos, metodológicos etc.) que condiciona a prática científica, que, por seu turno, influencia na maneira como concebemos o tipo ideal de escrita a ser encorajado.

Ora, desafortunadamente, vivemos em tempos de mercantilização da ciência conjuminado com o retorno jamais recalcado da ideologia cientificista;[28] logo temos a propagação de toda essa "paperose" que aí está (a propósito, haja celulose). Com boas exceções que confirmam a regra, o que se tem atualmente é uma linha de montagem de artigos padronizados e descartáveis. Dialeticamente, como nunca dantes, a verdade é que nós estamos carecendo de textos escritos em tinta vermelho sangue: façamos a um só tempo, portanto, ensaios que sejam belos e criativos (estéticos); rigorosos e instigantes (científicos); compromissados e responsáveis (éticos); urgentes e necessários (políticos); significativos e transformadores (metafísicos).[29] Imbuídos desse *espírito*, reforçamos o convite para

28 Repensando o papel da expertise no contexto das sociedades pretensamente democráticas, Collins & Evans (2010, p. 16) elencam quatro tipos de cientificismo e admitem a adesão ao supostamente moderado "cientificismo 4": "Cientificismo 1: Um apego excessivamente pedante a algum modelo canônico do pensamento ou do método científico. Cientificismo 2: Fundamentalismo científico: uma visão fanática de que apenas na ciência ou no método científico é que se encontra uma resposta confiável e sólida a qualquer questão. Cientificismo 3: A visão de que "questões proposicionais" estreitamente delimitadas e colocadas por experts constituem o único modo legítimo de se abordar um debate acerca da ciência e da tecnologia no espaço público; isso condiz com a cegueira em relação à inserção política dessas questões. Cientificismo 4: A visão de que a ciência deveria ser tratada não apenas como um recurso, mas como um elemento central da nossa cultura".

29 Quiçá, vivemos um momento ímpar de oportunidade para o ensaio. Assim também acredita Jorge Larrosa (2003, p. 5-6), ao elencar três razões para a pertinência do seu ressurgimento: "Em primeiro lugar, por exemplo, pela dissolução das fronteiras entre filosofia e literatura ou, dizendo de forma breve e mal, entre escrita (se podemos dizer assim) pensante ou cognoscitiva e entre imaginativa ou poética. Em segundo lugar, pelo esgotamento da razão pura moderna e suas pretensões de ser "a única razão". Em terceiro lugar, e não menos importante, pelo enfado. Tenho a sensação de que no mundo acadêmico se está cada vez mais enfadado de ouvir sempre as mesmas coisas ditas no mesmo registro arrogante e monótono, havendo como que uma necessidade de sair desse tédio e uma certa expectativa em relação a qualquer registro de escrita que se apresente como diferente". Falando especificamente sobre teses, Víctor Rodríguez (2012) também aborda, de modo cauteloso, a atual difusão do estilo ensaístico em função do desgaste da redação científica hegemônica. Concordando plenamente com Rodríguez, se bem dosado, o ensaio pode ser um antídoto eficaz contra o texto ultrarreferenciado pretensamente científico.

continuarmos tentando mudar a *letra* dos trabalhos da própria saúde coletiva, lutando contra a hegemonia do *paperialismo*. Sem esquecer que o ensaio é a mais desafiadora das formas de escrita, porque mais complexa e difícil de ser alcançada em sua plenitude.

Tu(r)bo de ensaio: reformas já!

Sem poder aqui recuperar o itinerário histórico, a configuração acadêmico-institucional e os fundamentos político-epistemológicos do "campo", concluímos este ensaio tecendo tão-somente alguns comentários gerais atinentes à Saúde Coletiva.[30] O objetivo essencial consiste em asseverar que o gênero ensaístico deve ser nosso grande aliado na resistência do SUS e na luta por uma nova hegemonia do ideário da Reforma Sanitária brasileira. Reformar a Reforma é preciso. O ensaio como reforma é uma das nossas armas poderosas para travar essa batalha no campo das ideias.

A nova organização das universidades e das instituições acadêmicas, guiada por valores mercantis, tem engendrado uma grande transformação na vida dos professores/pesquisadores, bem como na dinâmica dos campos/instituições. E se pode assegurar que, infelizmente, a Saúde Coletiva não está conseguindo permanecer inteiramente incólume a essas mudanças. Originalmente área do conhecimento com claro projeto civilizatório para a América Latina e o Brasil, talvez o lado majoritário da Saúde Coletiva de hoje tenha abdicado de contribuir com a mudança da sociedade como um todo e optado por focar em projetos acadêmicos especializados. Ademais, se nos primórdios parecia predominar uma unidade em torno desse projeto societário comum, atualmente a fragmentação da área tem se tornado patente, sobretudo quando a disputa em jogo é aquela relativa ao produtivismo. Com efeito, de um lado, existem aqueles que se colocam favoráveis à lógica *paperialista* a ponto de relativizarem o valor de qualquer produção que não seja o artigo científico e, de outro, há aqueles que lutam em trincheiras nada confortáveis, como a de defesa da

30 Everardo Nunes continua sendo uma das referências incontornáveis para quem deseja ter uma visão, por assim dizer, mais "qualitativa" do desenrolar histórico e conceitual da Saúde Coletiva.

singularidade do livro – objeto visto quase que como abjeto nesses tempos imediatistas e superficiais que atravessamos.[31]

Se nos apropriarmos, com as devidas ressalvas, do conceito de "tipo ideal", podemos dizer que há uma controvérsia permanente – nem sempre declarada, mas amiúde posta em prática – entre duas visões de mundo incomensuráveis: paradigma cientificista x paradigma humanista; sendo os epidemiologistas os representantes do primeiro paradigma e os professores/pesquisadores afeitos às ciências sociais e humanas os partidários do segundo. Resumindo drasticamente a complexa questão em jogo aqui, é como se epidemiologistas compartilhassem uma espécie de dogma de FE: crença no método como meio de garantia inabalável dos Fundamentos (F) e no acesso objetivo às Essências (E); ao passo que cientistas sociais e humanistas são mais propensos àquilo que poderíamos chamar de lema VER: não busque a Verdade (V) por intermédio da vã procura "objetivista" pela Essência (E), mas, sim, munido dos valores e ideais de Resistência (R). *Grosso modo*, essa batalha é um cabo de guerra entre uma concepção "epistemológica" de ciência (FE) e uma prática engajada da verdade (VER).

Por mais que o quadro acima corresponda, em parte, à "verdade dos fatos", essa imagem não deve nos cegar para as sutilezas desses processos institucionais: são muito os epidemiologistas criticamente orientados e saudosos da Saúde Coletiva como irmã siamesa da RSB e do SUS, ao mesmo tempo que podemos encontrar incontáveis "humanistas" legitimadores do sistema acadêmico produtivista e céticos quanto ao papel transformador da área.

Seja do jeito que for, em contraposição à lógica fratricida vigente, parece que as bases de consolidação da Saúde Coletiva se caracterizaram por um encontro saudável e feliz entre as ciências da saúde em geral e os referenciais teóricos e reflexivos das ciências humanas e sociais. Essa flor rara de aliança – dificilmente encontrada em outra parte do planeta, sem ufanismos – germinou frutos que ainda hoje podem ser bem desfrutados, desde que não se queira padecer de "amnésia histórica", tampouco de "anemia política". De fato, as

31 Sem querer fazer "autorreferência": ao completar 15 anos, os livros do LAPPIS se tornam emblemáticos dessa possibilidade de resistir à sanha *paperialista*.

obras dos nossos "pais e mães" são um exemplo inconteste de como o ensaio pode ter fôlego especulativo e ser duradouro e transformador, bem ao contrário do que a suspeita imagem que o deprecia nos quer fazer crer. Haja vista os trabalhos pioneiros de Cecilia Donnangelo (1975), Sergio Arouca (1975), Madel Luz (1979) e Hésio Cordeiro (1980), sendo os três primeiros originalmente teses de doutorado e o último, dissertação de mestrado. Sem contar as obras desbravadoras do nosso "hermano" (na verdade, "avô") Juan Cesar García e do nosso "fratello" Giovanni Berlinguer (idem), dentre tantos outros. Cada um ao seu modo, nesses ensaios estão contidas as ideias-mestras que vieram a desembocar na RSB. Reforma essa que não tinha um sentido unívoco, senão um imaginário político-epistemológico em constante disputa; a ponto de ser possível colocar a seguinte questão: RSB significa, afinal, Reforma Sanitária Brasileira ou Revolução Socialista Brasileira?

Nosso convite, por fim, é que voltemos a nos valer do ensaio como forma de fazermos as perguntas pelas quais vale a pena fazer uso da *pena*. Inspirado nos ensaios dos nossos "reformadores" ("revolucionários"?), bem como no ensaio *O autor como produtor*, de Walter Benjamim, quero "crer em crer" que é possível voltarmos a estar cônscios de que nós acadêmicos enquanto autores somos produtores, em sentido estrito. Sendo assim, se também estamos no interior do sistema produtivo, faz-se necessário tomar partido por um dos dois lados que formam o referido sistema. Ou estamos juntos dos movimentos sociais e dos trabalhadores (aliás, essas "classes ausentes" devem, finalmente, assumir seu protagonismo), ou somos contra a RSB e o SUS, e, consequentemente, a favor do capital financeiro, dos laboratórios farmacêuticos privados, dos planos de saúde etc. Recorrer à "neutralidade" aqui é não apenas um mito em termos de senso comum, mas, sobretudo, um gesto de Pilatos: lavar as mãos não significará sujá-las?

Referências

ADORNO, T. O Ensaio como forma. In: ___. *Notas de literatura I*. São Paulo: Editora 34; Duas cidades, p. 15-45, 2003.

_____. *Dialética negativa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento:* fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

AROUCA, S. *O Dilema preventivista:* contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – UNESP, São Paulo, 1975.

BADIOU, A. *A República de Platão recontada por Alain Badiou*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BENJAMIN, W. *A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica*. Porto Alegre: L&PM, 2013.

BERARDINELLI, A. A forma do ensaio e suas dimensões. *Remate de Males*, v. 31, n. 1-2, p. 25-33, 2011.

BOTTON, A. A questão do método na ensaística de Theodor Adorno. *Thaumazein*, n. 13, p. 97-114, 2014.

COHN, G. Esclarecimento e ofuscação: Adorno e Horkheimer hoje. *Lua Nova*, v. 43, p. 5-25, 1997.

COLLINS, H. *Mudando a ordem*: replicação e indução na prática científica. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2011.

COLLINS, H.; EVANS, R. *Repensando a expertise*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DASTON, L.; GALISON, P. *Objectivity*. New York: Zone Books, 2007.

DOMINGUES, I. O sistema de comunicação e o taylorismo acadêmico: questionamentos e alternativas. *Estudos Avançados*, v. 28, n. 81, p. 225-50, 2014.

DONNANGELO, C. *Medicina e sociedade.* O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOUZINAS, C.; ZIZEK, S. *The idea of communism*. London: Verso, 2010.

ELIADE, M. *Mito e realidade*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

GALILEI, G. *Diálogo sobre os dois máximos sistemas do mundo ptolomaico e copernicano*. São Paulo: Associação Filosófica Scientiae Studia: Editora 34, 2011.

GUERINI, A. A teoria do ensaio: reflexões sobre uma ausência. *Anuário de Literatura*, v. 8, p. 11-27, 2000.

HABERMAS, J. *O discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.

HALFFMAN, W.; RADDER, H. The academic manifesto: from an occupied to a public university. *Minerva*, v. 53, p. 165-187, 2015.

KANT, I.; et. al. *O que é esclarecimento?* Rio de Janeiro: Via Verita, 2011.

LARROSA, J. O ensaio e a escrita acadêmica. *Educação & Realidade*, v. 28, n. 2, p. 101-115, 2003.

LATOUCHE, S. *Pequeno tratado do decrescimento sereno*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos*: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LYOTARD, J. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

LUKÁCS, G. Sobre a essência e a forma do ensaio: uma carta a Leo Popper. *Revista UFG*, v. 10, p. 4, p. 104-121, 2008.

_____. Sobre a essência e a forma do ensaio: uma carta a Leo Popper, in LUKÁCS, G. *A alma e as formas.* Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

LUZ, M. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARCUSE, H. *O homem unidimensional*: estudos da ideologia da sociedade industrial avançada. São Paulo: Edipro, 2015.

MENDONÇA, A. Dos valores de medida aos valores como medida: uma avaliação axiológica da avaliação acadêmica. *Ensaios Filosóficos*, v. 10, p. 111-33, 2014.

MENDONÇA, A.; VIDEIRA, A. From representation to presentation: the old asymmetry in Galison. *Representaciones*, v. 4, n. 2, p. 49-66, 2008.

MENDONÇA, A.; CAMARGO, K. Os acertos de Descartes: implicações para a Ciência, Biomedicina e Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 5, 2016.

MONTAIGNE, M. *Ensaios*. São Paulo: Nova Cultural, 1991 (Os Pensadores; 18).

MUSSE, R. Theodor Adono: filosofia de conteúdo e modelos críticos. *Trans/Form/Ação*, v. 32, n. 2, p. 135-145, 2009.

_____. Antes de História e consciência de classe. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 291-300, 2013.

OLIVEIRA, A. B. *Originalidade e inovação na filosofia das ciências contemporânea*: ainda faz sentido tratá-las como termos distintos? 2015. 158f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

PRIGOGINE, I; STENGERS, I. *A nova aliança*: a metamorfose da ciência. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1984.

RODRÍGUEZ, V. O *ensaio como tese*: estética e narrativa na composição do texto científico. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

SANDEL, M. *O que o dinheiro não compra*: os limites morais do mercado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

SOARES, S. O ensaio como adorno. *E-compós*, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2011.

STAROBINSKI, J. É possível definir o ensaio? *Remate de Males*, v. 31, n. 1-2, p. 13-24, 2011.

VIDEIRA, A. *A inevitabilidade da filosofia na ciência natural do século XIX*: o caso da física teórica. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013.

ZIZEK, S. De História e consciência de classe à dialética do esclarecimento, e de volta. *Lua Nova*, v. 59, p. 159-176, 2003.

"A saúde é diferente": experiências inovadoras das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde*

Felipe Dutra Asensi
Roseni Pinheiro

Introdução: o direito e a saúde

No período pós-constituinte, que cristalizou as mudanças pelas quais as instituições jurídicas passaram no Brasil, observa-se um crescimento considerável de pesquisas[1] que buscam analisar a chamada judicialização, inclusive da saúde. No cenário contemporâneo, observa-se uma pluralidade de instituições, atores e intérpretes que também atuam decisiva e legitimamente na construção e garantia de direitos, especialmente na via judicial.

De "poder tímido", o Judiciário contemporâneo passou a ocupar uma centralidade considerável no processo de resolução de conflitos e efetivação de direitos. Como exemplo desta "timidez" institucional, é possível citar Barão de Montesquieu (1996 [1748]), que concebe o Judiciário como um

* Este texto traz as principais questões da pesquisa desenvolvida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) sobre a judicialização da saúde no Brasil. A pesquisa pode ser consultada no endereço eletrônico: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>.

1 Dentre essas pesquisas, é possível destacar algumas publicações que contribuem para a reflexão sobre as instituições jurídicas no Brasil, tais como Vianna et al. (1999), Arantes (2002) e Cunha (2010).

mero intérprete da lei. Diante da impossibilidade fática da "lei falar por si só", seria preciso a figura de um ser humano para expressar o que consta em seu texto, além de também estabelecer o alcance desta norma. Este ser humano, por ser investido da autoridade estatal de resolver conflitos e efetivar direitos, deve aplicar a lei contendo-se à sua literalidade. Conforme salienta Badinter, "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" (BADINTER, 2003, p. 10).

O Judiciário se apresenta como um ator importante no processo de efetivação de direitos, cuja proeminência, de fato, advém de suas competências e atribuições constitucionais. Porém, é preciso considerar que há outras formas de envolvimento de instituições jurídicas que não necessariamente ensejam a *judicialização* de conflitos, pois tais instituições podem atuar independentemente da existência de processos judiciais.

É importante salientar que as concepções construídas pelos estudos de judicialização podem possuir limitações de diversas naturezas para pensar o Judiciário no Brasil e em outros países. A assunção do juiz como a referencial primaz na efetivação do direito pode propiciar a supervalorização da dinâmica judicial. Tal valorização tem sido operada em detrimento de reflexões sobre outras formas jurídicas e não jurídicas de aplicação e efetivação de direitos, a exemplo a mediação extrajudicial.

É esta possibilidade de atuar de forma independente do Judiciário que permite a proeminência e o destaque de outras instituições jurídicas – tais como a Defensoria Pública e o Ministério Público – na efetivação de direitos sociais e coletivos que exigem rápida prestação, tais como a saúde. Tão importante quanto o estudo dos *fins* de uma ação judicial, é o dos *meios* utilizados pelas diversas instituições para efetivar direitos. Isso permite pensar uma nova forma de atuação das instituições jurídicas que vai além da mera judicialização, o que amplia ainda mais as reflexões sobre seu protagonismo no tocante à efetivação de direitos e implementação de políticas públicas.

Mais precisamente, as relações sociais podem submeter-se tanto a uma *juridicização* (conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos

sob o ponto de vista jurídico, principalmente em momentos pré-processuais) quanto a uma *judicialização* (conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual). Na medida em que há diversas instituições jurídicas que não se utilizam necessariamente do Judiciário para realizar suas ações, observa-se um contexto em que os conflitos são discutidos sob o prisma do direito, mas evita-se levar o conflito ao Judiciário – isto é, evita-se a *judicialização* do conflito.[2]

O objetivo deste texto consiste em analisar os resultados de uma pesquisa desenvolvida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) sobre a judicialização da saúde no Brasil. Com base numa convocatória de experiências inovadoras de efetivação do direito à saúde, tribunais, juízes, comitês estaduais e as demais instituições jurídicas inscreveram suas experiências. Foram, então, selecionadas as experiências de Lages-SC, Araguaína-TO e Brasília-DF.

Lages-SC

A cidade de Lages situa-se no estado de Santa Catarina e compõe um conjunto de municípios da serra catarinense. Os municípios da região enfrentam desafios de estruturação do sistema de saúde, especialmente porque estão distantes da capital Florianópolis, e também porque seus recursos são frequentemente desafiados para o fornecimento de serviços e insumos.

Em 1997, foi criado um consórcio intermunicipal que englobou 25 municípios e que existe até hoje. Do consórcio veio, em 2008, a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica com o Judiciário, com o objetivo de estabelecer estratégias conjuntas de efetivação da saúde. Buscou-se, então, definir uma rotina de procedimentos para os processos judiciais referentes às prestações de saúde. Em 2012, fruto deste termo, foi criado o Núcleo de Conciliação de Medicamentos, com o objetivo de proporcionar uma alternativa ao modelo adversarial da judicialização.

Desde então, os atores políticos e jurídicos empreenderam diversas ações com o objetivo de definir critérios uniformes a serem aplicados na concessão de

2 Para um aprofundamento teórico e conceitual da ideia de juridicização, ver Asensi (2010).

medicamentos e melhorar o gerenciamento do fornecimento dos medicamentos judiciais. Isto possibilitou o melhor atendimento aos usuários do SUS e ganhos operacionais aos municípios, por meio de diversas medidas implementadas de forma integrada. O resultado é a construção extrajudicial – a partir do Consórcio e do Núcleo – de diversas políticas públicas com a sinergia cotidiana entre o Executivo e o Judiciário.

O principal objetivo do projeto foi a constituição de um espaço institucional de diálogo entre as instituições jurídicas e políticas com o propósito de promover projetos extrajudiciais calcados na prevenção de problemas de saúde e na criação de um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde.

O interesse do Judiciário pela saúde partiu de uma experiência bastante pessoal do magistrado que coordenou do projeto. À diferença de outras localidades, em Lages o interesse não foi exatamente porque o juiz teve que decidir sobre o assunto, mas porque começou a despertar um interesse especial pela saúde em si e pelas possibilidades de atuar de maneira mais ativa e extrajudicial. Observe-se o relato abaixo, que evidencia a aproximação do juiz com a saúde não somente em razão da necessidade de decidir sobre o tema:

> Acredito que foi entre 2004 e 2005, em razão dos processos judiciais. E no programa de qualidade, entre 1994 e 1995, pela saúde dos meus funcionários. Eu estava no tribunal de justiça e participei de um projeto em função da saúde do trabalhador do Judiciário. Então aquela minha experiência como juiz de direito em 1994 e 1995 num programa de qualidade onde você começa a trabalhar o gerenciamento numa questão mais global e não só uma visão muito específica, você tem que olhar o todo. Essas duas experiências e a do tribunal foram bastante ricas nesse sentido. Quando eu tive esses primeiros processos eu já senti essa questão da saúde. Então eu comecei a não verificar unicamente a consequência, mas trabalhar com a causa dessas questões pra poder dar efetividade ao processo de saúde. O diferencial que eu vejo hoje do Judiciário é alterar o procedimento que o Judiciário tem com relação a essas demandas pra buscar efetividade. Porque se não buscar efetividade você está contabilizando apenas um dado e não uma vida com qualidade.

Trata-se de uma trajetória incomum na saúde, pois tradicionalmente os juízes despertam interesse maior sobre o tema por conta dos desafios presentes na atividade judicante. Não é por acaso que se buscou em Lages promover

estratégias extrajudiciais diversas. Essa busca pelo extrajudicial não ocorreu exclusivamente com a saúde, apesar de ter nela um exemplo visível. A aposta no desenvolvimento de projetos institucionais fez com que o Judiciário alcançasse em patamar fortemente proativo, o que foi decisivo para a consolidação da experiência. Os projetos tiveram como objetivo o aperfeiçoamento da atuação do Judiciário e, dentre seus principais efeitos, é possível observar a valorização da atuação extrajudicial.

Em 2006 e 2007, foram realizados diversos seminários sobre saúde, em que foram discutidos os desafios de efetivação e foi formado um grupo de trabalho para atuar na capacitação dos profissionais de saúde. Nessa época também se iniciaram as estratégias de capacitação de profissionais do direito através de encontros, reuniões de trabalho e *workshops* diversos. O relato abaixo de um juiz exemplifica como se iniciou o diálogo institucional:

> Inicialmente foram reuniões de trabalho com a exposição do problema e a gente começou a construir em conjunto essas soluções. Então geralmente eu tinha duas reuniões por mês com os gestores de todos os graus e aí na sequência nós fomos intercalando com eventos científicos, *workshops*, seminários, oficina. A gente foi trabalhando pra gente criar. Aqui tem o material que vou passar pra vocês... é um grupo. Eu acredito que nesses seminários nós tínhamos 400 pessoas participando. Nós trouxemos o pessoal de Florianópolis e foi um dos momentos que a gente trabalhou. Então basicamente eu fazia uma portaria interna. Nós já tínhamos criado dentro desse processo aquele momento, aquela empatia com o fato de tá aproximando, de que o contato inicial partia da vara da fazenda para com eles. Então saía aqui do fórum e ia visitar as pessoas no local de trabalho. Aí depois trazemos pra cá e apontar um caminho. Esse apontar um caminho era muitas vezes de ouví-los também. Porque você tem que dar uma direção. As pessoas têm dificuldade pela falta de estrutura também no âmbito dos municípios e no estado por outras questões de assumirem compromissos formais. Então eu fui criando de uma forma informal alguns trabalhos.

O relato de uma gestora do consórcio aponta que houve inicialmente a resistência política do Executivo. Ela informa que a "antiga administração, o antigo secretário, eles não queriam repassar o medicamento pra Central", que atualmente é denominada de Núcleo de Conciliação de Medicamentos. Posteriormente, a partir das diversas reuniões e encontros informais, de um lado, e das transições políticas; de outro, a resistência política se converteu

numa atitude mais colaborativa da gestão, o que permitiu a consolidação do diálogo institucional. Segundo uma gestora do consórcio:

> Aquelas pessoas que na época não queriam contribuir, depois passaram a ser parceiros, começaram a ver com outros olhos. Porque começaram a ver as dificuldades voltando. Nós temos uma boa parceria com os gestores, mesmo com os anteriores que começaram a ver de uma outra forma. Os farmacêuticos tanto da outra administração quanto dessa começaram a entender e foram se comprometendo e começou a aumentar a parceria. Aí nós fomos buscando a OAB que é muito parceira. [...] A secretária atual tem um pouco mais de sensibilidade, ela foi muito tempo secretária municipal de Saúde. [...] Da mesma forma os advogados, os procuradores e os demais que entram com as ações. Tanto é que o presidente da OAB é parceiro. Vai ser membro do comitê intermunicipal. Estamos em contato com a associação médica, dos farmacêuticos e bioquímicos, toda entidade privada e pública pra participar, conhecer e dar sua contribuição. Estão participando. [...] A nossa ideia é começar a investir no agente comunitário de saúde e lá na farmácia. E a parceria é bem mais significativa, não tem mais restrição.

Segundo os relatos, a vontade política não foi o único fator que permitiu a consolidação e o desenvolvimento da experiência. O "comprometimento" é algo comum nos relatos e permitiu que o diálogo institucional também fosse visto como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre o Executivo e o Judiciário. A judicialização, que num primeiro momento foi encarada como um problema administrativo pelos gestores, passou a ser vista como um aprendizado e um sinal de que deveriam atuar preventivamente na resolução de conflitos e na efetivação da saúde.

Portanto, o modo como se construiu a relação entre os atores políticos e jurídicos em Lages fez com que se construíssem novas formas de efetivação da saúde. Isto ocorre não somente em função do comprometimento desses atores com os diversos projetos realizados, mas também porque, durante anos, eles puderam interagir em diversos momentos e projetos, construindo um espaço de respeito e consideração mútuos. Conforme salienta uma gestora regional, "as pessoas vão ficando no projeto de diferentes formas".

A preocupação em resolver as demandas em saúde de maneira informal e extrajudicial é a tônica da experiência de Lages. A busca por uma atuação mais informal está relacionada ao reconhecimento de que o "tempo do processo judicial

é diferente do tempo da saúde" e que existe certa inadequação entre a solução processual e as peculiaridades das demandas da população. O processo é binário e define quem será o vencedor e o perdedor, mas não auxilia necessariamente na efetivação do direito à saúde de maneira ampla, inclusive no que concerne a seus aspectos preventivos. O relato de um juiz é exemplo disso:

> Imagine o doente tendo que esperar. O tempo dentro do processo não existe essa dimensão tempo. Mas o cara que tá do lado de fora ele conta em segundos, conta em minutos. Aqui a gente não tem essa noção de tempo, a gente tem etapa dos processos, tem fases e tem recursos, mas efetivamente a gente não sente dentro do processo o tempo. Então não dá pra você colocar demandas sociais dentro de um processo atemporal. Porque daí as pessoas ficam frustradas, as coisas não acontecem. A gente poderia pensar em outras alternativas.

O pressuposto é que o processo judicial não atende integralmente às demandas em saúde por conta do tempo de resolução, do tipo de decisão e do aparato institucional pouco aberto ao diálogo. Para efetivar a saúde, o pressuposto é o desenvolvimento de estratégias informais que sejam mais eficazes. Nas palavras do mesmo juiz, o processo seria o mesmo que o uso de um "canhão para matar uma mosca". Neste sentido, tanto o Judiciário quanto o Executivo promoveram acordos e planos para que, independentemente de suas estruturas formais, adotassem estratégias informais que lhes garantissem maior flexibilidade, agilidade e adequação na efetivação da saúde. De práticas informais, o projeto se desenvolveu e, ao longo do tempo, foram formalizadas algumas estratégias, tais como o Consórcio e o Núcleo.

É interessante frisar que a estratégia informal foi uma questão de opção do Executivo e do Judiciário em Lages. Porém, isto não impediu a propositura de ações judiciais, mas as reduziu substancialmente. De todo modo, é relevante destacar que, desde 2009, a estratégia informal (e extrajudicial) deixou de ser uma questão de opção e se tornou a única estratégia possível do juiz coordenador da experiência. Isto porque se alegou suspeição desse juiz no julgamento de demandas de saúde pelo Ministério Público, julgada procedente pelo Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina.

Sendo assim, desde 2009, esse juiz não pode decidir judicialmente demandas de saúde, concentrando sua atuação no Consórcio e no Núcleo de maneira

completamente extrajudicial. Mesmo a suspeição para julgar processos judiciais não impediu o estabelecimento de diversas estratégias entre os gestores e o juiz na efetivação da saúde, o que revela a vontade política e o comprometimento institucional desses atores. A seguir, o relato do juiz:

> O tribunal declarou a minha suspeição. Eu tenho um acórdão aqui do tribunal, eu não posso trabalhar com processo de saúde, porque ao longo desse período eu tomei a iniciativa de criar esse espaço e o promotor arguiu a minha suspeição porque o entendimento dele no primeiro momento era que isso estava sendo feito para beneficiar o estado em detrimento do indivíduo. Na realidade, se você perceber o protocolo que foi criado, esse trabalho foi criado em prol do cidadão. Quer dizer não pra mim, diz por escrito para que eu possa levar para o juiz e o juiz vai designar um técnico, e o técnico vai dizer: "não, está fundamentado que esse caso aqui não é esse o caminho". Então o papel que eu tive no primeiro momento é realmente um papel diferenciado do que se espera de um juiz. Então houve uma certa confusão porque esse é um papel de um cidadão, o que eu fiz foi o papel de um cidadão. Então não é normal para um juiz, mas isso é normal para um cidadão fazer. Eu, enquanto cidadão, tenho um dever com a minha consciência, eu não posso ver o paciente morrendo aqui na antesala com câncer e não fazer nada. O mínimo que eu tenho que fazer é ser educado, no mínimo eu tenho que levantar e cumprimentar, no mínimo eu tenho que pedir sobre a saúde dele. Agora se eu tenho o poder de fazer mais, como é que eu não vou fazer mais? Só por que eu sou juiz? Então não posso ter aquela conduta? Então isso foi entendido que eu estava ultrapassando as minhas atividades, eu estava me tornando parcial. Na verdade não, isso é uma questão de humanizar o atendimento. Agora eu vou entrar na sala de audiência e não vou te olhar? Não vou olhar pra ti? [...] Isso foi entendido de uma outra forma. Aí então o tribunal declarou e eu não aceitei. Aí foi pro tribunal e o tribunal disse: "ele é suspeito". Aí então eu não posso mais atuar desde 2009 em processos de medicamentos.

Segundo os relatos dos atores políticos e jurídicos, a declaração da suspeição não impediu que fossem estabelecidas estratégias extrajudiciais entre o Executivo e o Judiciário. Pelo contrário, serviu como "elemento motor" para que fossem criados diversos projetos em Lages com foco no diálogo institucional e na efetivação do direito à saúde. Conforme o juiz sustenta, seria "preciso pensar fora do quadrado", que é a atuação no interior de um processo judicial. Talvez isso tenha contribuído para as críticas que recebeu do Judiciário e das demais instituições jurídicas no início do projeto, superadas com o tempo. Atualmente,

mesmo o Ministério Público, que alegou a suspeição do juiz em 2009, trabalha de maneira mais integrada e colaborativa nos projetos desenvolvidos extrajudicialmente. "Pensar fora do quadrado" significa muito mais mediar e dialogar do que impor e decidir.

Segundo os relatos, o informal permitiria maior sensibilidade do julgador para entender os problemas suscitados, de modo a atuar na solução do problema como verdadeiro mediador. Esta compreensão de diálogo e de mediação foi fundamental para a experiência de Lages e para que as estratégias extrajudiciais tivessem efetividade. A preocupação em adotar uma nova metodologia que supere a lógica do processo não isentou o juiz de riscos e críticas, o que fez com que a atuação extrajudicial em Lages não fosse livre de contradições. Independentemente disso, a vontade política foi fator fundamental para essa experiência, de modo que o apoio do Executivo ao juiz foi mais importante do que as instituições jurídicas para que o projeto se iniciasse.

Araguaína-TO

Este município está localizado na região norte do estado do Tocantins e possui a segunda maior população desta unidade da federação: 156.123 habitantes, segundo dados do IBGE em 2012. Sua economia é diversificada, mas se observa o predomínio da agropecuária e do comércio. A região em que a cidade está inserida é carente de ações e serviços de saúde, apesar de Araguaína exercer um protagonismo em termos sanitários. Trata-se de uma rede macrorregional que inclui Tocantins, Pará e Maranhão, as três secretarias de estado e os representantes de secretarias municipais de regiões estratégicas.

A experiência de Araguaína se desenvolveu através de um projeto de criação de um núcleo técnico que adotasse medidas para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. O chamado Núcleo de Apoio Técnico (NAT) foi instituído no nível municipal e, a partir da interação com a ouvidoria municipal e com os atores políticos e jurídicos, passou a ser ferramenta de efetivação do direito à saúde em Araguaína.

Apesar de distintos, tanto o NAT quanto a ouvidoria teriam a incumbência de trabalhar juntos (inclusive geograficamente) na prevenção da judicialização da saúde e no estabelecimento de estratégias de efetivação do direito à saúde.

Dentre os diversos objetivos de criação destes dois órgãos, podemos destacar também a mediação de conflitos, o alcance de soluções administrativas para as demandas em saúde e a democratização das informações e da gestão.

Os arranjos institucionais constituídos em Araguaína permitiram o investimento dos atores políticos e jurídicos na prevenção dos conflitos e, quando existentes, na sua resolução extrajudicial. O volume de processos judiciais envolvendo questões de saúde pública diminuiu drasticamente no município, representando menos de 10% de todas as demandas que foram resolvidas de forma administrativa pelos arranjos institucionais. As principais estruturas que permitiram o alcance desses resultados são o Núcleo de Apoio Técnico e a Ouvidoria do SUS – ambos de caráter municipal – e que funcionaram também como mecanismos de fomento ao diálogo institucional.

É interessante observar que, por mais que o Executivo e Judiciário tivessem promovido com êxito este diálogo institucional, o projeto não esteve livre de resistências e críticas. Porém, tais resistências e críticas foram oriundas das próprias instituições jurídicas e não do Executivo. Os diversos relatos apontam a desconfiança inicial de diversos juízes, defensores e promotores em relação à credibilidade do projeto, especialmente porque o NAT e a Ouvidoria seriam estruturas constituídas no interior do Executivo e com funcionários do Executivo, e talvez seriam suscetíveis à sua influência e interesses. Conforme os relatos apontam, em termos comparativos, a receptividade do projeto foi maior entre os promotores, após os defensores e, por fim, os juízes.

Todas as demandas passaram a ser iniciadas no NAT e na Ouvidoria, mesmo aquelas propostas pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública. Essa atuação em conjunto teve como consequência a potencialização das ações e estratégias das diversas instituições, criando um ambiente favorável à gestão compartilhada do SUS no município. Sem prejuízo, as estruturas exclusivas de cada uma das instituições jurídicas e políticas foram mantidas e preservadas como independentes. Como afirma uma juíza, "você usa sua estrutura, eu uso a minha. Não existem leis estabelecidas, então a gente cria".

Com o desenvolvimento desta experiência, observa-se progressiva transição das estratégias formais para as informais. As formais são basicamente o processo judicial, que dispõe as partes em conflito num modelo adversarial,

cujo vencedor será consagrado a partir de uma sentença judicial. As estratégias informais são mais heterogêneas e variam desde um processo administrativo até um telefonema, *e-mail*, reunião ou visita de acompanhamento.

Em diversos relatos, se observa uma preferência pelas estratégias informais tanto dos atores das instituições jurídicas quanto das políticas. Um exemplo disso é a fala de uma juíza:

> Eu até tenho uma relação informal com o processo porque eu ligo muito para a coordenadora do NAT, eu tenho um bom relacionamento com eles. Acho que os outros juízes também têm e o que eu vejo hoje que me dá muita alegria é a satisfação dos juízes que eram resistentes com o NAT.

É interessante notar que este espaço de diálogo não se constituiu apenas pela maior sensibilidade das instituições jurídicas em relação à gestão. O inverso também aconteceu. Exemplo revelador foi a menção feita por uma das coordenadoras do projeto na gestão municipal a respeito das estratégias fomentadas pelo CNJ em matéria de saúde:

> A judicialização crescente era o diagnóstico que se tinha na época. A demanda era altíssima para o município, onerando muito o orçamento público, dificultando o planejamento público dessas que eram ajuizadas muitas vezes sem um critério definido, sem considerar a política pública existente, sem analisar protocolos terapêuticos. Então era um caso realmente grave e era necessária uma intervenção. Eu acredito que foi um momento oportuno, além da demanda uma vontade política tanto do gestor da época, pois é importante ter esse engajamento, essa vontade da gestão, de se fazer valer um projeto desse. Porque a gente sabe que demanda pessoal, demanda recursos físicos e financeiros de pessoal que a gente já sabe que são limitados. Essa é a realidade do Brasil inteiro, de uma gestão pública municipal, e ter um gestor que acredite e leve isso pra frente é muito positivo. Então é a vontade política contexto favorável de uma crescente judicialização e a orientação nacional já havia sido iniciada pelo CNJ depois da audiência pública e do supremo que eu acho que é fundamental que foi anterior inclusive a recomendação 31 e a constituição do comitê estadual. Então foram vários fatores que eu acho que somados contribuíram para que esse projeto fosse iniciado no seu tempo, em maio de 2011.

As características locais e específicas do contexto de Araguaína também contribuíram, é claro, para os arranjos institucionais que lá se constituíram. Diferentemente de grandes metrópoles, por exemplo, o tamanho de médio porte

de Araguaína ainda permitiu uma prestação jurisdicional mais personalizada por parte das instituições jurídicas, que teve reflexos no NAT e na Ouvidoria.

Os relatos apontam o constante acesso de magistrados à secretaria de Saúde e outros órgãos públicos, além da recorrente utilização dos telefonemas para a resolução de demandas. Uma juíza relata que "porque a cidade não é tão grande como uma capital, então a gente ligava pra eles explicando a situação de cada pessoa que necessitava pedindo que eles enviassem um médico caso fosse possível". Com a estruturação do NAT e da Ouvidoria ao longo do tempo, isto só se intensificou. Exemplo disso é o caso relatado abaixo por um funcionário da Ouvidoria:

> Outro dia um juiz ligou, e ele já tinha buscado, estava com uma demanda para definir um medicamento, um colírio, de alto custo antiangiogênico, que a gente chama, que tinha uma limitação específica, a indicação dele terapêutica estava na bula era para uma determinada patologia, pois o juiz estudou. Isso também é muito legal, a característica deles, eles são muito motivados e têm corrido muito atrás desse conhecimento. Ele já tinha estudado as resoluções da ANVISA, o registro do medicamento, tinha lido toda a bula desse colírio e aí liga pra cá, me ligou com o representante do NAT, dizendo: "Doutora, a senhora acha que o colírio tal para o determinado paciente não seria caracterizado como uso fora de bula? Porque eu vi uma resolução da ANVISA que fala que o uso fora de bula não é recomendado e eu tô vendo que o paciente tem retinopatia diabética, no entanto a prescrição do medicamento é para degeneração da mácula relativa a idade. Que que a senhora acha?" E aí, na hora, você se depara com uma situação nova e pensa: "doutor eu vou pesquisar". Vou atrás de toda essa resolução, nisso ele já tinha estudado ela toda previamente por telefone, nem chegou oficialmente. Logo nós acionamos a nossa farmacêutica, passamos praticamente um dia nos debruçando no conhecimento desse novo medicamento e foi fundamental pra gente porque logo o mesmo médico que prescreveu pra esse paciente começou a prescrever para muitos outros pacientes com a mesma retinopatia diabética dizendo que só servia se fosse em três aplicações, injeções que são dadas, porque se não o paciente teria sua acuidade visual comprometida e falando toda a gravidade da urgência.

Isto contribuiu decisivamente para a redução dos processos judiciais e para o estabelecimento de formas plurais e heterogêneas de efetivação do direito à saúde a partir do diálogo institucional. Como afirma uma das funcionárias do NAT sobre as instituições jurídicas: "hoje em dia eles tem essa preocupação.

Desde que estou aqui nunca vi chegar uma decisão que não foi consultada. Acho que isso acontecia antes de eu estar aqui, mas eu desconheço".

Como já observado, no entanto, ainda existem ações judiciais que versam sobre saúde em Araguaína. Todo esse arranjo institucional se tornou a principal estratégia, mas não a única. O modelo adversarial do processo judicial também existe e, apesar da pouca recorrência, deve ser considerado na análise desta experiência.

Uma primeira observação em relação ao modelo adversarial, que diferencia Araguaína de outras experiências no Brasil, é a possibilidade de acompanhamento do cumprimento da decisão pelo NAT. Trata-se do "processo infinito", como já foi discutido aqui. Assim como na atuação extrajudicial o NAT acompanha o cumprimento do acordo e também a pertinência da manutenção do fornecimento de serviços e insumos ao longo do tempo, isto também ocorre no processo judicial. O caso abaixo relatado por uma juíza é exemplificativo disso:

> Um outro, que era tetraplégico, falou que não precisava das pomadas mais. Ele estava recebendo 25 tubos de uma pomada supercara. E o que acontece: eu comecei a dar nas minhas decisões que o medicamento, mesmo com sentença, tem prazo de oito meses com revisão de prescrição médica. Porque se não tiver revisão, perde o efeito. Nunca ninguém recorreu. Acontece que esse procedimento tem que ter o controle do poder público.

Com isto, a decisão judicial em Araguaína pode não ser necessariamente binária (tem direito ou não, é ilícito ou não, etc.), pois é aberta a algum tipo de dosagem, gradação, nivelamento e acompanhamento a ser realizado pelo NAT. Isto não somente faz com que o direito à saúde seja satisfeito de uma maneira mais personalizada, mas também evita o desperdício de esforços e de recursos públicos nos casos em que a demanda não é mais necessária. O relato de uma das principais funcionárias do NAT elucida como que, mesmo num processo judicial, o diálogo institucional ainda ocorre:

> Hoje, os juízes, inclusive em suas decisões, já acrescentam numa liminar que ele defere e coloca a responsabilidade que seria do município e do estado e já ordena que o núcleo de apoio técnico de Araguaína seja oficiado e que mantenha ele informado do tramite desse processo. Então, qualquer dificuldade que ele tenha ele não recorre via procuradoria, não pede um assessor jurídico, ele quer

> saber daqui porque ele sabe que a gente tem esse contato direto com o paciente, diminuindo alguns atendimentos que eles faziam pra pacientes diretamente de lá.

O NAT de Araguaína desempenha papel judicial e extrajudicial e, em ambos os casos, existe espaço para o diálogo institucional e para o acompanhamento personalizado das decisões. O acompanhamento do NAT não ocorre somente em demandas contra o município, mas também contra o estado, o que revela a importância institucional deste órgão para Araguaína. Segundo um assessor jurídico do NAT, em muitos casos a decisão judicial é cumprida antes mesmo de o município ser notificado formalmente. É o que revela a afirmação que se segue:

> O juiz em cima do parecer do NAT dá a decisão. Se for um medicamento de alta complexidade, ele encaminha direto pro estado. Se for uma baixa/média complexidade, ele encaminha para o município. Mas a ouvidoria já corre na frente pra tentar saber. Quando chega a decisão já praticamente resolveu. Às vezes se resolve o problema e automaticamente se comunica ao juiz no processo. Esse comunicado do juízo envolve a procuradoria, porque eu como assessor jurídico não tenho poderes para movimentar processo.

A rapidez na resolução do problema tem sido fundamental, inclusive nos casos de ações patrocinadas por advogados privados. Naquelas propostas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, que são bastante excepcionais, a busca pela solução administrativa já é a praxe. Alguns relatos apontam que os advogados privados também têm buscado soluções deste tipo antes de ingressar com a ação judicial.

Segundo os relatos, isto ocorre porque os juízes passaram a formular um juízo mais crítico a respeito dos laudos e prescrições médicas, inclusive intimando eventualmente os médicos para prestarem esclarecimentos mais aprofundados ou para retificarem prescrições incompreensíveis. Toda essa preocupação é para que a prestação jurisdicional seja mais qualificada e, ao mesmo tempo, se evite o desperdício de dinheiro e de esforços, contribuindo para maior estabilidade das políticas de saúde. Observe-se o relato de uma juíza sobre quando realiza a intimação dos médicos para prestar esclarecimentos em audiências:

> As respostas são as mais interessantes possíveis, uma é porque ele estava no plantão de outro médico, viu a prescrição foi lá e prescreveu. O outro fala que não sabia

> nem o que é política pública, e como funcionário do SUS, a lei federal fala que ele tem obrigação de saber o que elas significam. Então, assim, eles acham que eles têm poder sobre a vida. E tem mesmo, mas de uma maneira assim: "Eu dou esse remédio e tem que ser". Mas aí, interessante, que eu vejo bastante, até perguntei para o último que estava aqui: "Porque o senhor falou que ele está dependendo de sobreviver de um remédio que saiu faz só seis meses? E antes, ele ia morrer?". Porque os remédios têm aquelas mutações de laboratório. Entrou um remédio novo eles prescrevem e falam assim é esse que vai. E os outros? Porque o SUS não tem uma regularidade de pacientes, é uma rotatividade. Então, às vezes, ele não fez tratamento demorado para dar um remédio que esteja na política pública. Mas ele nem chega a falar, por exemplo, que um medicamento que está prescrito na lista de medicamentos faz efeito porque ele nem prescreve. De primeira, ele já põe o mais caro. Por quê? O que está na lista não tem? Não serve? Usou? Aí eu pergunto isso para o médico e ele fala assim: "Não lembro, tenho que ver o paciente". Eu respondo: "Não tem problema não, eu marco outra audiência pro senhor vir aqui se explicar. A gente vê que, na verdade, não há um cuidado dos médicos com as políticas públicas. Por quê? Porque pra eles dar remédios de vinte mil, de dez, de três ou de quinhentos reais é a mesma coisa. Só que a gente sabe que existem premiações de laboratório. Eu vejo que as prescrições daqui vem com remédios que a gente nunca ouviu falar. Agora, existem casos que precisa, mas esses são a exceção. Porém, estavam se tornando a regra. [...] Assim, eles dão trabalho pra mim, eu dou pra eles. Então, vai valer mesmo a prescrição que for real. Eu vejo que, de certa forma, no meu dia a dia, ela já foi mais estressante e uma outra coisa: eu marco audiências e vejo a realidade. Fiz nesses dias vinte audiências e, de vinte, só três usuários necessitavam da manutenção do medicamento. O resto não precisava mais. Quando eles vêm na frente do juiz, eles não têm coragem de mentir.

Não é difícil compreender o impacto que a atuação fiscalizadora desempenhada pelo Judiciário tem na prestação dos serviços de saúde. Não se trata de formalismo, mas do estabelecimento de estratégias e parâmetros que visem reduzir a possibilidade de injustiças na prestação jurisdicional.

Brasília-DF

Por se tratar de uma metrópole e da capital do país, Brasília enfrenta desafios de interlocução entre os Poderes na efetivação do direito à saúde. Inclusive, a distância geográfica entre os atores políticos e jurídicos – que não ocorreria em cidades menores – é um fator que contribui com tal distanciamento. Como se

trata da capital federal, em Brasília também estão as sedes dos três Poderes, Ministérios, Autarquias, etc., o que faz com que o diálogo institucional seja pulverizado e heterogêneo.

A experiência de Brasília se desenvolveu a partir de uma iniciativa do Comitê Distrital de Saúde. O Comitê foi criado a partir de uma Resolução do CNJ, que estabeleceu a necessidade de as unidades da federação atuarem no monitoramento das demandas judiciais em saúde, além de proporem medidas concretas de aperfeiçoamento do Judiciário na efetivação desse direito. Neste sentido, o Comitê fomentou e organizou a criação de uma estrutura que buscasse promover a conciliação pré-processual de demandas que envolvam insumos, produtos e serviços de saúde. Em 2013, foi criada a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS). A experiência da CAMEDIS é fruto do trabalho de articulação institucional realizado no Comitê, que possibilitou a criação de um espaço de mediação para resolução extrajudicial de conflitos por meio de conciliação e mediação entre os cidadãos e os gestores do SUS.

Com o tempo, a CAMEDIS ganhou autonomia em relação ao próprio Comitê, apesar de ainda ser supervisionada por ele. A CAMEDIS foi assumida na interface entre o Núcleo de Judicialização, situado no âmbito da Secretaria de Saúde, e pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Isto fez com que a CAMEDIS se tornasse um espaço de diálogo entre estas instituições e, em alguma medida, uma estratégia extrajudicial de efetivação da saúde.

Como se trata de uma experiência recente, em Brasília ainda se observa a cultura da litigiosidade e, como consequência, a utilização do modelo adversarial do processo judicial na efetivação do direito à saúde. Porém, os resultados já alcançados permitem compreender a CAMEDIS como uma estratégia extrajudicial promissora e que tem atingido alguns resultados.

O principal objetivo desta experiência foi a constituição de um espaço institucional para a mediação extrajudicial de conflitos em matéria de saúde, cujos protagonistas foram a Defensoria Pública e a Secretaria de Saúde, a partir do fomento do Comitê Distrital. Buscou-se, então, criar um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde sob o pressuposto de que os atores políticos e jurídicos podem atuar de maneira integrada e dialogada na efetivação do direito à saúde.

A intenção foi estabelecer alternativas à solução litigiosa decorrente da falta de atendimento a que vários pacientes estão submetidos constantemente, e que em muitos casos acabaram se constituindo como regra. A intenção de criar uma estrutura institucional como a CAMEDIS surgiu de maneira bastante informal, e foi a partir de reuniões e conversas que o projeto foi construído. A informalidade foi decisiva para a criação da CAMEDIS, porque permitiu a flexibilidade no seu desenho institucional e, além disso, possibilitou o diálogo entre os atores jurídicos do Comitê e os atores políticos da Secretaria de Saúde. O relato abaixo, da coordenadora do Núcleo de Judicialização, exemplifica a importância do "telefone" e da "conversa" nesse processo:

> Eu acho que dentro do comitê distrital, que é esses que vocês irão acompanhar amanhã, o saudoso doutor Donizete, que faleceu, ele que iniciou o processo aqui, que tentou fazer uma mediação de tudo que acontecia. Ele tentava mediar as brigas entre a secretaria e o Ministério Público, entre a secretaria e a Defensoria Pública, sempre foi um excelente mediador. E na época, o defensor coordenador do projeto começou a namorar o processo e foi indo. A gente foi conversando, eu tentava fazer e às vezes ele mandava um ofício para mim e pelo ofício da Defensoria, que é antes da judicialização, eu falava: "Deixa eu ver. Vou tentar resolver assim". A gente percebeu que poderíamos ir além do que resolver por telefone. A gente resolvia muita coisa por telefone: "Deixa que eu resolvo isso"; "Não precisa não, eu resolvo isso.". As coisas foram indo até que tivemos de institucionalizar. Não dá para ser eu, você, as pessoas. Tem que ser as instituições, porque a pessoa vai embora, mas a instituição fica. Foi um namoro longo, um ano de discussões para ver como seria, onde seria, quem participaria. No início, a procuradoria ia participar e depois a procuradoria não quis, não teve interesse em participar naquela época. Atualmente o novo procurador geral tem interesse em participar. Quando foi em 2012, a gente começou a sentar e a escrever: "vamos fazer várias reuniões, vamos cortar isso, vamos fazer isso, aquilo". E daí fomos alterando onde poderia, quem seria, como faria, quem faria. Até que chegou e foi publicada em fevereiro de 2013. O defensor precisava se estruturar lá também e eu precisava me estruturar aqui. Por quê? Quando ele começou a mandar, eu olhava e pensava: "E agora?". A gente pensa que é simples. Eu precisava conversar com todos os coordenadores que eles entendessem o que era judicialização. Eu precisava que eles compreendessem o que era a CAMEDIS. Era uma pré judicialização na verdade, porque se eu não conseguir resolver mediando, eu vou judicializar, o que é muito pior. Então foi de fevereiro até agosto quando teve nossa primeira reunião, foi quando a gente começou a perceber como é que dava.

A aposta no informal criou um ambiente propício ao diálogo institucional e fez com que os atores pactuassem a CAMEDIS como uma alternativa ao modelo adversarial do processo judicial. Observe-se o relato abaixo, de um defensor que atua no projeto:

> O primeiro encontro da Defensoria com a Secretaria de Saúde não foi fácil, porque iniciou com a judicialização da saúde. Realmente foi no contato judiciário, não havia conversa, era sempre um triângulo que tinha só um vértice que comunicava as outras partes. Só que o volume foi exigindo uma necessidade no contato e o antigo coordenador, ele que teve a primeira percepção desse problema. Assim ele iniciou as tentativas de resolução administrativa valorizando a resolução via ofício. Do outro lado, a secretaria percebeu a necessidade de se organizar e criou uma área central para receber esses ofícios dos sistemas de justiça e distribuir. E aí começou esse contato, mas ainda faltava o contato físico, o contato humano, precisava reunir e o comitê de saúde foi muito bom nesse sentido. Assim que eu cheguei, a gente começou a entrar nas reuniões do comitê. Na reunião do comitê, a gente conversa e o gestor se expressa, o gestor vê que eu não sou maluco e eu vejo que o gestor não é maluco. O gestor vê que eu não estou de má fé, eu vejo que ele é uma pessoa empenhada em resolver os problemas. Ele não é um desorganizado, ele está com um problema que existe desde eras atrás que é a saúde e não é de hoje. Ele herdou um problema e está querendo resolver e isso gera boa vontade das duas partes. E, a partir desses comitês, a então diretora da judicialização convidou a Defensoria para ir a reunião e nós fomos e depois ela veio aqui, iniciou esse contato. Então o primeiro contato entre os gestores e defensores foi o que possibilitou o início de várias mudanças, como ter o sistema de regulação, como ter acesso ao sistema de UTI. Nós não tínhamos acesso ao sistema de UTI, a gente não sabia se a pessoa estava no sistema ou não, a gente não tinha controle. Era uma burocratização muito grande. Tem uma área da secretaria que a gente manda por e-mail as coisas e às vezes a gente recebe a resposta no mesmo dia e, desse caldeirão de pequenos contatos e soluções pequenas, surgiu uma forma de resolver problemas que não são evidentemente situações de desrespeito ao paciente.

Para a criação do projeto, além do apoio do Comitê Distrital de Saúde, a Defensoria ainda se reuniu com o Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação (NUPEMEC), vinculado à Corregedoria do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). Este órgão já tinha vasta experiência na realização de mediação e conciliação no âmbito do Distrito Federal. O encontro, viabilizado pelo Juiz Coordenador do Comitê de Saúde, foi essencial

para orientar os integrantes da CAMEDIS a elaborarem o Regulamento e o modelo de Termo de Mediação, de forma que esses documentos trouxessem elementos adequados à efetivação do direito à saúde do paciente, principal interessado na experiência.

O projeto, entretanto, não esteve livre de críticas e resistências das instituições jurídicas e políticas. Os relatos apontam que um dos principais desafios foi justamente a mudança de cultura e de "mentalidade" para que o projeto ocorresse e que as pactuações fossem estabelecidas. Boa parte das críticas das instituições jurídicas se concentrou numa desconfiança sobre a isenção da CAMEDIS na efetivação de direitos. Em geral, essa resistência também veio acompanhada de uma crítica ao modelo consensual de resolução de conflitos por conta da "cultura da judicialização com uma visão individual", como salienta um defensor.

Segundo o entrevistado, esta "cultura da judicialização" justificaria a resistência que os próprios defensores tiveram sobre o projeto num primeiro momento. O relato aponta que a CAMEDIS enfrentou diversos desafios políticos para ser instituída, criados principalmente a partir das instituições jurídicas, conforme se observa no relato abaixo do mesmo defensor:

> Quando nós fizemos a experiência, eu sofri críticas internas dentro da instituição por alguns defensores que não queriam negociar o direito das pessoas em prol de alguma forma ajudar a secretaria. Recebi crítica por e-mail e foi pra toda a categoria. Um defensor foi lá e questionou a moralidade dessa situação: "não esperamos que não seja negociado o direito das pessoas resguardados seus direitos". Isso como se nós fôssemos abrir mão dos direitos das pessoas pra tentar agradar à Secretaria de Saúde. Pelo contrário, nesse mesmo período que foi criada a câmara de ação, foi só aumentado o número da judicialização. Infelizmente, mas ao mesmo tempo nós sofremos de tentar judicializar.

O projeto não sofreu somente resistências iniciais dos juízes e defensores, mas também da procuradoria do Distrito Federal. Os procuradores distritais também não foram receptivos ao projeto no primeiro momento. Inclusive, na primeira versão do projeto, caberia à procuradoria e não à Defensoria, o papel de atuar como mediadora nas audiências de mediação. Porém, quando próximos da assinatura da criação da CAMEDIS, a procuradoria optou por não participar.

Com essas resistências iniciais e impasses, foi criada a CAMEDIS e, após alguns meses, ela começou a funcionar. Como toda iniciativa inovadora, houve um tempo de maturação até que pudesse produzir os primeiros resultados e há novos desafios a serem superados, como será visto. Porém, um elemento importante é que a CAMEDIS passou a trabalhar de maneira integrada entre a Defensoria e a Secretaria, sob supervisão do comitê, tendo alcançado alguns resultados voltados para a solução consensual de conflitos em saúde. Como ressalta o mesmo defensor, "é um caminho que eu acho que vai dar certo e eu acho que essa esperança está do lado de lá também da secretaria e não só do lado de cá".

Mesmo com a CAMEDIS, observa-se a existência de ações judiciais, apesar de a experiência desta Câmara apontar novas estratégias de efetivação da saúde baseadas no diálogo institucional e no consenso.

O modelo adversarial do processo judicial é frequentemente utilizado pela Defensoria Pública. Ele é utilizado tanto nos casos em que os defensores propõem as ações judiciais diretamente quanto nos casos em que o tipo de demanda não pode ser submetido à CAMEDIS ou quando não resulta da CAMEDIS um acordo. Apesar disso, é comum nos relatos uma tentativa de evitar a judicialização das demandas em saúde, apesar de também se observar um reconhecimento, por parte dos atores jurídicos, de que a judicialização ainda é necessária. No caso da CAMEDIS, essa tentativa de evitar é ainda maior, especialmente pela vivência pessoal de um dos principais defensores do projeto, que, antes de se tornar defensor, foi servidor do Judiciário.

É comum identificar nos relatos, simultaneamente, uma tentativa de não usar o Judiciário e, ao mesmo tempo, um pressuposto de que ele ainda é necessário a depender da demanda. Mas existe também o reconhecimento de que certas demandas não devem ser encaminhadas ao Judiciário porque "ele não vai resolver". O relato do defensor abaixo é um exemplo:

> E tem outras coisas que a gente sabe que mesmo encaminhando para o Judiciário não vai resolver, porque a complexidade e as minúcias do problema muitas vezes o juiz não capta. O juiz tá assoberbado, tem muita coisa e eles não leem com cuidado os casos mais complexos. Eles não conhecem o sistema de saúde como a Defensoria Pública conhece. Nós temos um núcleo especializado e os juízes não são especializados e muito menos como a própria secretaria conhece.

> Então eles não têm como dar uma ordem que vai organizar um problema complexo, porque eles não têm conhecimento de quais são os fatores que podem ser rearranjados para atender aquele negócio. E outras situações que basta um olhar mais preocupado que é o caso. Por exemplo, de uso de medicamentos padronizados por causa de protocolo: o que as farmácias fazem? Rejeitam, porque não está no protocolo. Agora se a pessoa pega com cuidado, leva para o coordenador, mostra, ele se sensibiliza com a importância de tentar olhar com cuidado aquilo agora porque senão vem uma ordem judicial, e com a CAMEDIS nós estamos conseguindo isso. Por quê? Porque agora a Secretaria de Saúde está conseguindo parar e pensar sobre os casos que são levados pela Defensoria com mais cuidado. Não que não tivesse antes, mas agora eles estão olhando casos mais complexos com muito mais cuidado.

Em Brasília, a relação da Secretaria se iniciou muito mais com o Comitê Distrital do que com o Judiciário propriamente dito. Apesar de o diálogo com o Judiciário ser concebido pelos atores políticos como "ruim", observa-se uma visão positiva da atuação do Comitê para o diálogo institucional. O relato de uma gestora do Núcleo elucida isso:

> O diálogo é ruim e não são todos os magistrados que atendem a gente. Às vezes está com um problema grave, vários casos acontecem, eu pego um médico e vou lá e começo a perceber que aumentou muito o quantitativo de um medicamento "x" que é diabético e a gente sabe que não vai resolver a vida do paciente. Aí eu levo em algum juiz que é especialista naquilo. Alguns juízes me recebem, outros não atendem e não querem receber. Eu não quero que ele tome partido de um lado, mas eu quero que ele entenda a política. Então eu levo algum coordenador, alguém da área pra dizer como trabalhamos hoje. Porque temos que trabalhar assim, qual risco o paciente corre e tal, para quando chegar uma ação pra ele, ele ter amparo para decidir e não são todos que aceitam isso. Esse é um trabalho que eu tentei fazer muito, na verdade, hoje em dia eu estou mais cansada desse trabalho. Eu percebi que mesmo quando a gente levava, a gente não era escutada por todos e muitos não queriam nossa presença lá.

A crítica da ausência de diálogo realizada pelos atores políticos também veio acompanhada da crítica a certa insensibilidade dos juízes em relação aos desafios logísticos e operacionais para se efetivar o direito à saúde. Quando comparam à CAMEDIS, os atores políticos veem um grande avanço em termos de sensibilização e diálogo. Observe-se a fala da mesma gestora:

> Tem determinação de medicamento que é pra comprar e eu não consigo comprar pelo CBPF – certificado de boas práticas de fabricação. Tá vencido e a ANVISA não deu. Como eu vou comprar um medicamento que a ANVISA diz que eu não posso mais comprar? Aí eu digo isso pro juiz e o ele diz: "tô nem aí, forneça". Aí eu não forneço porque o laboratório não pode mais vender. Lá na farmácia você consegue comprar, mas você sabe que está comprando uma coisa que não faz sentido. Se a ANVISA não deu, é porque tem alguma trava.

Neste sentido, a CAMEDIS se tornou uma estratégia importante para a Secretaria de Saúde e para a Defensoria. Por razões diversas, ambos buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da CAMEDIS, empreenderam-se esforços nesse sentido. Alguns relatos ainda apontam certo "alívio" quando foi criada a CAMEDIS justamente porque possibilitaria maior diálogo institucional, especialmente entre a Secretaria – a responsável pela política de saúde – e a Defensoria – principal patrocinadora de demandas judiciais no tema. A visão positiva dos resultados alcançados pela CAMEDIS e do que ela poderá ainda alcançar no futuro é comum nos relatos. Os relatos apontam inclusive a intenção dos atores políticos em fortalecê-la ainda mais, conferindo mais estrutura e maior poder decisório sobre a gestão.

Vale dizer que, nos casos em que uma sentença judicial ou uma mediação devem ser cumpridos, cabe ao Núcleo de Judicialização – instituído dentro da Secretaria de Saúde – a sua observância e fiscalização. Observa-se, inclusive, uma preocupação em fazer o acompanhamento do cumprimento da decisão ou do acordo. A temática do cumprimento também é um desafio para os gestores, e a experiência de Brasília promoveu uma sistemática que busca evitar o desperdício, mas sem perder de vista o direito à saúde. Afirma uma gestora do Núcleo:

> Então chegou a decisão eu compro por seis meses. Descumpriu, a nova decisão cumpra-se por mais seis meses. Então, infelizmente, tem paciente que vive de descumprimento. É por isso que eu vivo tentando: "vamos tentar mudar. Vamos marcar uma nova consulta, de repente o médico consegue mudar. A gente tem novas padronizações de medicamento, de repente tem um medicamento que se enquadra". [...] Tem paciente que eu até lembro: "tá na hora de comprar medicamento tal para tal paciente antes que vença". As meninas têm anotado alguns para evitar com que falte. E quando a gente sair? E quando mudar

> a gestão? E quando não se preocupam com você? O importante é que você tenha o medicamento padronizado justamente por isso, essa é a mentalidade que tem de mudar do nosso médico que prescreve mal.

Todos os desafios de cumprimento elencados acima fizeram com que a farmácia se tornasse um grande instrumento de racionalização do fornecimento de medicamentos e também de fiscalização. A mesma gestora informa que, de três em três meses, o usuário tem que levar uma nova guia, laudo, especificações médicas, etc., para averiguar se persiste a necessidade. Se "ele não levar, ele não recebe o medicamento. Por quê? Porque o paciente pode ter falecido, pode ter acontecido alguma coisa". Assim, a farmácia exerce papel fundamental no sistema, conforme se observa no relato desta gestora:

> Então a gente liga pra farmácia e eles sabem tudo da vida do paciente. "O paciente não pega há seis meses porque a gente pediu pra ele trazer uma receita nova e ele não quis trazer". Então ele não está precisando. Se ele estivesse precisando com certeza ele teria levado a receita nova. Se precisasse de uma consulta marcaríamos. Às vezes eles falam: "Ah, é porque eu não consigo consulta". Então nós falamos: "Péra aí! Você vai tal dia, que o médico tal vai te analisar". O paciente não vai e assim ficamos sabendo que ele não tem necessidade. É esse trabalho que a gente tenta fazer aqui.

Considerando as estratégias formais e informais de efetivação da saúde em Brasília, alguns fatores se tornaram desafiadores para a continuidade e fortalecimento da experiência. Um dos principais desafios à efetivação do direito à saúde nesta experiência é a constante tensão entre os direitos individuais de cada paciente e os direitos coletivos. Em determinadas situações, atender às demandas específicas de cada usuário do SUS pode significar o desrespeito ao tratamento isonômico previsto no SUS. Exemplos disso são as inúmeras demandas por consultas, exames, cirurgias e internações em UTI, que são reguladas ou que dependam de "fila". Nestas, o tratamento diferenciado a um usuário do SUS que busca a CAMEDIS pode significar a preterição de outro paciente que não buscou auxílio de qualquer órgão do sistema de justiça. Tal situação acaba por gerar problemas de ordem prática para efetivar os acordos.

Considerações finais

A despeito das diferenças entre as experiências e de seus arranjos institucionais específicos, é possível apresentar algumas características em comum. São elas:

- **Reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública, então é importante fazer de uma maneira responsável e dialógica**: as experiências partem do pressuposto de que a passividade institucional pode ser equilibrada com uma atuação mais ativa e extrajudicial nas políticas públicas de saúde, com foco especial no estabelecimento de pactos e acordos com os gestores para a atuação em conjunto.
- **Compreensão de que o modelo adversarial não é o mais adequado**: a valorização da extrajudicialidade aponta para a necessidade de se criar alternativas ao modelo adversarial do Judiciário; estas alternativas podem ser desenvolvidas pelo próprio Judiciário e pelas demais instituições jurídicas, sem prejuízo dos deveres relacionados à atividade judicante. Em todos os casos, observou-se redução das ações judiciais que versavam sobre o conteúdo da experiência.
- **Valorização do diálogo institucional**: observa-se a aposta das instituições jurídicas em promover e desenvolver radicalmente o diálogo institucional entre si e com a gestão de saúde, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias extrajudiciais para a efetivação desse direito e, além disso, possibilita que o diálogo e a alteridade sejam ferramentas essenciais para o agir em saúde.
- **Dependência da vontade política e do compromisso dos atores**: o desenvolvimento das experiências dependeu da vontade política para que a gestão criasse, aderisse ou estimulasse o projeto, de modo que as transições governamentais ainda podem ser um fator de impacto importante para que a experiência subsista e alcance outros resultados. O sucesso da experiência esteve diretamente relacionado à capacidade de sensibilização dos gestores e das instituições jurídicas a respeito da importância do diálogo institucional e do comprometimento entre eles.

- **Atuação preventiva e curativa**: uma característica importante é que as experiências não tiveram atuação meramente curativa, isto é, buscando resolver problemas de efetivação do direito à saúde, mas também preventiva. Isto permitiu que, de modo extrajudicial, as instituições políticas e jurídicas pudessem atuar não somente de forma consequencialista no assunto, mas também nas causas e de maneira preventiva.
- **Resistência inicial e busca por sensibilização interna nas instituições jurídicas e políticas**: em virtude do seu caráter inovador, as experiências encontraram resistência inicial nas instituições jurídicas e/ou na gestão para que pudessem ser iniciadas. As resistências foram superadas principalmente a partir de um processo de sensibilização dessas instituições. Algumas delas, inclusive, só acreditaram e aderiram ao projeto depois que presenciaram os primeiros resultados positivos.
- **Pouca articulação com os Conselhos de Saúde**: um dado comum às experiências é que, apesar de privilegiarem o diálogo institucional entre as instituições políticas e jurídicas, não há uma incorporação cotidiana das instituições participativas, em especial os Conselhos de Saúde.

Neste sentido, destas experiências, podemos refletir sobre como os arranjos institucionais locais podem ser decisivos não somente para a construção de sentidos do direito à saúde, mas principalmente para a sua efetivação compartilhada. Daí a ideia ênfase de um contexto de *juridicização* das relações sociais, e não somente de *judicialização*. Num contexto de *juridicização*, é possível afirmar que as demandas são discutidas sob o ponto de vista da sua institucionalidade jurídica, embora não se procure levá-las a um contexto litigioso judicial.

A ideia de *juridicização da saúde* pode auxiliar no alcance de respostas concretas às necessidades relacionadas a este direito por intermédio da constituição de uma *vontade comum*, que é pactuada a partir da convergência de diversos saberes e práticas. Isso reconfigura e tensiona a própria perspectiva de *judicialização das relações sociais* e ressalta, de forma bastante inovadora, as atuações extrajudiciais também como estratégias adotadas pelas instituições

jurídicas. O âmbito extrajudicial inaugura e confere realce a outros personagens que, em virtude de suas estratégias de ação, são decisivos na efetivação de direitos sociais.

Referências

ARANTES, R. *Ministério Público e Política no Brasil*. São Paulo: Sumaré, 2002.

ASENSI, F.D. *Indo além da judicialização – O Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

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

CUNHA, J.R. *Direitos humanos e Poder Judiciário*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

MONTESQUIEU, B. de. *O espírito das leis*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WERNECK VIANNA, L. et al. *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Políticas públicas e atenção às mulheres em situação de violência: contribuições acerca da integralidade em saúde*

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Lilia Blima Schraiber

Introdução

Trataremos aqui das políticas públicas direcionadas às mulheres em situação de violência no Brasil e suas repercussões para os serviços e as práticas dos profissionais de saúde. As políticas resultam do reconhecimento, por parte do Estado, de questões socialmente construídos aos quais as instituições existentes não estão respondendo (PINEL, 2010; COHN, 2008). Inicialmente, consideraremos o reconhecimento da violência como questão social, quais agentes estiveram envolvidos e as estratégias para inseri-la no setor saúde. A seguir, abordaremos os desafios nos serviços e práticas profissionais para incorporar tais estratégias.

Violência de gênero: reconhecimento social do problema

Os anos 1980, no Brasil, foram palco de intensas lutas pela redemocratização do país, submetido a uma ditadura civil-militar

* Texto produzido com base na pesquisa concluída em 2015, intitulada "Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais", que contou com apoio do CNPq (Processo n. 404822/2012-6). Atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

entre 1964 e 1989. Nesse contexto, destacam-se dois grupos em relação ao problema tratado: o movimento feminista, que ganhou força em associação a lutas populares, e o movimento da Reforma Sanitária, que conseguiu incluir, na Constituição de 1988, um sistema universal e público no país, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Publicado em 1983, anterior à criação do SUS, portanto, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi o primeiro a contemplar a perspectiva feminista de gênero (BRASIL, 1983). Também foi o primeiro a formular-se enquanto uma "atenção integral", alocando a noção da integralidade, futuro princípio do SUS, no plano das práticas profissionais. Formulado por feministas e mulheres vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária, o PAISM criticou a visão até então preponderante de "saúde materno-infantil", que tornava todas as necessidades de saúde das mulheres equivalentes ao cuidado a gestantes e puérperas.

Rompendo com essa visão e articulando-se ao marco dos direitos humanos, no Programa há o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos (COSTA, 1999) e a introdução da necessidade de promoção, prevenção e assistência para uma ampla gama de questões de saúde até ali desassistidas: contracepção, cuidado às doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de câncer ginecológico, saúde mental, saúde sexual, saúde ocupacional, atenção a doenças crônico-degenerativas, e delimitação de alguns grupos particulares como a mulher idosa, as meninas e adolescentes (OSIS, 1998; D'OLIVEIRA, 1999).

A ampliação das necessidades de saúde foi importante para a crítica das normas mais tradicionais de gênero. No entanto, a violência contra a mulher, outra demanda importante do movimento feminista desde os anos 1970, não foi considerada naquele momento. As primeiras políticas dirigidas à violência surgiram fora do âmbito da saúde, em 1984, com a criação das Delegacias Especiais de Defesa das Mulheres (DDM ou DEAM), ligadas à segurança pública.

As diversas conferências realizadas pelo Sistema das Nações Unidas tiveram papel importante na construção e definição do problema. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher,

aprovada pela OEA em 1994, em Belém do Pará, e ratificada pelo governo brasileiro, é um dos documentos mais importantes. Nos anos 1990, representantes do governo brasileiro e do movimento social participaram com destaque das Conferências Internacionais de Cairo, em 1993, Viena, em 1994, e Beijing, em 1995, levando a experiência acumulada no país durante a redemocratização, contribuindo na definição dos direitos sexuais e reprodutivos, além da definição da violência contra as mulheres como violação de direitos humanos na legislação internacional (BARSTED, 2003; 2011; CORRÊA; ÁVILA, 2003; HEISE, 1996).

Em consonância com o panorama internacional, a violência contra a mulher tornou-se pauta também da saúde, a partir da demanda do movimento feminista de realização, em hospitais públicos, dos casos de abortamento já há tempos previstos em Lei (estupro ou risco de vida para a gestante). O primeiro serviço foi criado em 1989 na cidade de São Paulo, quando a prefeita era uma mulher e a responsável técnica pela saúde da mulher, uma feminista. Em 1999, o Ministério da Saúde lançou uma Norma Técnica, protocolando as ações em casos de violência sexual contra meninas e mulheres e do aborto legal (BRASIL, 2005).

Diversos serviços começam a ser montados nos hospitais, em muitas capitais do país. A norma técnica resultou de uma fecunda aliança entre ginecologistas e obstetras (com apoio da associação nacional desses especialistas, a FEBRASGO), feministas e profissionais da Saúde Coletiva, dentro e fora do governo, e tem gerado treinamentos e avaliações por todo o país (BRASIL, 2005; VILLELA; LAGO, 2007). Apesar das dificuldades de aceitação e resistências de parte dos profissionais, os serviços de aborto legal são uma realidade nas capitais brasileiras (LIMA; DESLANDES, 2014).

Em 2003, foi promulgada a lei obrigando a notificação de todos os casos de violência contra as mulheres à Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de uma geração constante de dados sobre a visibilidade do problema nos serviços de saúde e o planejamento de políticas para o problema. Em 2004, o PAISM foi atualizado para a Política Nacional Integral de Saúde da Mulher, e incluiu a violência sexual e doméstica contra as mulheres em seus objetivos, enfatizando a importância das redes integradas e da articulação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2004).

Em 2006, foi aprovada a Lei Maria da Penha, que tipifica a violência doméstica contra as mulheres, responsabiliza o agressor, dá ênfase à proteção das mulheres e estabelece uma rede intersetorial de enfrentamento ao problema, definindo que deve haver integração operacional das áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação com o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública.

Em 2007, a Secretaria de Políticas para as Mulheres, criada em 2003, lançou a Política Nacional de Enfrentamento de Violência contra as Mulheres, colocando o Brasil no grupo de nove entre os 32 países latino-americanos e do Caribe a possuírem um plano nacional de caráter específico para abordar a violência contra as mulheres, aprovado de forma oficial e em execução (PNUD, 2013). Os serviços de saúde, em particular os hospitalares que prestam assistência à violência sexual, são incluídos na rede específica de atendimento às mulheres.

Essas políticas e leis tiveram resultados concretos em termos de implantação de novos serviços, que, embora insuficientes em número, inovam em termos de criação de novas instituições e equipes profissionais: de acordo com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2010, além das 464 DEAMs, existiam 72 abrigos para mulheres em situação de risco de morte por violência doméstica; 165 centros de referência; 99 serviços de saúde voltados às vítimas de violência sexual, dentre os quais 33 realizando aborto legal; 58 Defensorias Públicas Especializadas; 21 Promotorias Especializadas; 12 serviços de responsabilização de agressores; 89 Juizados ou Varas adaptadas de violência doméstica e familiar contra as mulheres; e 443 instituições de saúde para atendimento em violência sexual (BARSTED, 2011).

No entanto, apesar de todas essas conquistas de leis, políticas e programas, sua efetivação em termos de quantidade e qualidade dos serviços e redução das taxas de violência contra as mulheres, ou responsabilização dos agressores, em geral, bem como sua incorporação nas práticas de saúde, em particular, ainda está bastante distante.

Vamos discutir, então, alguns elementos que consideramos como os principais responsáveis por esta disparidade entre o texto das leis e das políticas e a organização e distribuição dos serviços ou a qualidade das ações, na área da saúde.

Entre a saúde integral da mulher e o materno-infantilismo: desencontro das políticas no âmbito dos serviços

Um aspecto que dificulta a operacionalização das políticas voltadas para mulheres na redução da desigualdade de gênero diz respeito à forma como se articulam, no plano das práticas assistenciais, com as políticas relativas à violência contra a criança. Verifica-se um desencontro entre essas políticas, com graves consequências para os profissionais de saúde.

A violência contra as mulheres possui grande superposição com as praticadas contra crianças e adolescentes, dos mesmos núcleos domésticos ou familiar. A literatura mostra o quanto tal superposição é importante, seja porque as crianças são agredidas pelo mesmo agressor da mulher (SCHRAIBER et al., 2005), seja porque a mulher que sofre a violência pelo parceiro ou outro familiar pode também agredir as crianças (HERRENKOHL et al., 2008); ou ainda, porque a exposição mesma à violência entre os adultos é prejudicial e traumático para as crianças e pode ser considerado um abuso em si (DURAND et al., 2011). Além disso, a violência contra crianças também tem um caráter de gênero, geralmente invisibilizado, nas diferenças entre as vítimas: a violência sexual é mais frequente contra meninas, e a física, contra meninos (KRUG et al., 2002).

No entanto, as políticas públicas que tratam da violência contra a mulher pouco abordam as crianças envolvidas ou as questões relativas à maternidade. As políticas, fortemente embasadas no feminismo e nas recomendações de agências internacionais como as Nações Unidas, enfatizam a independência da mulher e sua autonomia como sujeitos de direitos, evitando reforços à tradicional associação com a família e a maternidade como seu atributo fundamental.

Tampouco as políticas que tratam da violência contra as crianças consideram as desigualdades de gênero e a posição diferenciada de homens e mulheres no interior da família. Essas políticas seguem a chamada "doutrina da proteção integral", pautada em Conferências Internacionais dos Direitos das Crianças, promovidas também pelas Nações Unidas. A ideia de que a criança deve ser protegida e priorizada, e que o melhor lugar para seu desenvolvimento é a família, está no centro dessa doutrina e resulta na ênfase em manter a família unida e na responsabilização da mulher por essa união.

Resultando em objetivos concorrentes no plano dos serviços, para a prática cotidiana dos profissionais, ao menos dois aspectos sócio-históricos tornam esse desencontro entre as políticas um risco de reprodução das desigualdades de gênero e violação dos direitos humanos – direitos esses que os serviços teriam por objetivo garantir:

1. A tradicional educação sanitária, formulada nos anos 1930 como prática específica de centros de saúde, serviços historicamente precursores daqueles em que viria se desenvolver a atenção primária à saúde, ainda predomina como cultura assistencial das atuais unidades básicas de saúde. As gestantes e mães foram sempre seu alvo preferencial, em nome dos cuidados para o desenvolvimento de crianças saudáveis. Além disso, recentemente, a proposta da política nacional "Rede Cegonha", tem sido criticada por recolocar outra vez na gestação o principal foco de atenção às mulheres, secundarizando a integralidade como princípio. Essa cultura dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, contribui para o apagamento dos direitos das mulheres como questão e reitera desigualdades construídas (COSTA, 1999; BARSTED, 2003; CORRÊA; ÁVILA, 2003).
2. As políticas de focalização, que combateram a crise econômica, e as políticas de ajustes estruturais dos anos 1990, foram na América Latina em grande parte dirigidas às famílias pobres, com o objetivo de incluí-las (ANZORENA, 2010; CARLOTO; MARIANO, 2010; MEYER et al., 2012). Utilizando fragmentos do discurso de gênero e participação social, essas políticas, especialmente na assistência social, educação e saúde, referem-se às famílias como foco principal, origem e solução para todos os problemas sociais – da pobreza à criminalidade, violência e uso de drogas. Ocorre que seus discursos obscurecem as desigualdades no interior da família, pressupondo um todo homogêneo, com tarefas recíprocas. Nessa visão, a mulher passa a ser representante ou sinônimo de família, já que são os principais alvos dessas políticas. Chamadas a participar, as mulheres e suas comunidades passam a arcar com parte significativa dos custos sociais da reprodução, realizando o trabalho de cuidado, limpeza e atividades domésticas e substituindo políticas estatais.

> A invisibilidade da mulher sob o nome de "família" é um mecanismo perverso de, sob o manto de uma suposta valorização, reforçar sua submissão e adequação aos papéis tradicionais de gênero (ANZORENA, 2010; CARLOTO; MARIANO, 2010).

Assim, dado o predomínio dessa cultura acerca da família nos serviços de saúde, em especial na atenção primária, cuja origem está ligada ao surgimento do materno-infantilismo como política e prática higienista e de prevenção, veremos majoritariamente a priorização da violência contra as crianças como problema a ser tratado pelos profissionais de saúde (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015). Isso acaba por dificultar o apoio a mulheres em situação de violência, e desta forma, os serviços não atuam nem no sentido de proteção às mulheres, nem às crianças.

Em pesquisa recente em unidades básicas de saúde, observamos a priorização da criança e da família conforme antes mencionado (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015). Ao coletar casos de violência por parceiro íntimo atendidos nos serviços de atenção primária, em estudo qualitativo, fomos apresentadas ao caso de Fabiana. Entrevistada, Fabiana nos conta que o atual parceiro era seu padastro, que teve relações com ela a primeira vez quando ela tinha 13 anos. Desde ali, vive com ele como seu parceiro (o padrasto separou-se de sua mãe) e sofre violência física, psicológica e sexual. Ele a acusa de traição. Chegou a abortar por causa de agressões físicas ("*eu não confio; ele não dá para confiar. Porque ele já matou filho meu na minha barriga*"). Chegou a ser esfaqueada, além de tentativas de estrangulamento. Fez Boletim de Ocorrência, mas não obteve a separação desejada "*pelo juiz eu não posso fazer nada, tenho que aceitar, ele mesmo falou, a gente não pode ficar separado... mas sem briga, né*". Fabiana associa o fato de os filhos que tem com o padastro/companheiro ficarem agressivos, terem dificuldades de aprendizado e dificuldades na escola (motivo pelo qual a menina de 12 anos passa por acompanhamento psicológico) com o fato de presenciarem a violência.

Em reunião sobre este caso, realizado com a presença de profissionais da unidade básica de saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conselho tutelar, a

UBS solicitou a reunião para pensar estratégias de proteção para as crianças dessa família, sobretudo as duas filhas caçulas de Fabiana (9 e 12 anos) A questão era assim colocada: "*como podemos salvar essas duas crianças*"? O estopim que motivou os profissionais a pedirem ajuda foi a "ameaça" de Fabiana de interromper o acompanhamento psicológico da filha, pois não estava vendo resultado no comportamento da adolescente.

Depois da apresentação do caso, há uma rodada entre os profissionais presentes para a opinião de cada um sobre o que fazer: a possibilidade ou não de abrigamento das crianças e a efetividade disso. Há na maioria dos participantes um sentimento de irritabilidade com Fabiana, que é vista como mãe negligente.

Percebe-se a invisibilidade da violência conjugal e sexual que Fabiana vive desde que foi estuprada aos 13 anos. A essa invisibilidade soma-se uma forte condenação moral de Fabiana, pois é chamada na reunião de "a chefe da quadrilha", frente à suspeita de que ela acoberte abuso sexual dirigido a seus filhos e uma preocupação exclusiva com as crianças, ainda percebidas como "inocentes". Fabiana é julgada por ser considerada má mãe, mas não é acolhida como mulher em sua luta para escapar da violência, o que torna as crianças ainda mais vulneráveis, uma vez que Fabiana também é a única na casa que se preocupa e atua na educação e desenvolvimento das crianças.

A cultura de boa prática no âmbito profissional: desafios adicionais para a implantação das políticas de atenção integral às mulheres

Consideraremos aqui os desafios da atenção integral para que as políticas voltadas à equidade de gênero possam ser implementadas pelos profissionais de saúde. Trata-se da necessária mudança dos referenciais historicamente inscritos na cultura ocupacional desses profissionais e que se traduzem na noção de "boa prática" a ser realizada no cotidiano dos serviços.

Um deles é o referencial dado pela constituição histórica da profissão de médico, que ocupa uma centralidade importante nas definições das práticas em saúde de modo geral. Com sua base biomédica como invariante, quanto aos diversos casos que se apresentam, quer para a recuperação de adoecimentos, quer para a prevenção destes, a "boa prática" é representada substantivamente

pela ação profissional que conhece, diagnostica problemas e atua na correção destes exatamente sobre aquela base. Também é ela que assegura uma assistência igualitária para os diferentes indivíduos e suas desiguais situações sociais ou, em outros termos, garante também "bons serviços" (SCHRAIBER, 2012).

Em termos assistenciais, um grande obstáculo reside em assumir que diferenças, sócio-culturalmente transformadas em desigualdades, demandam práticas assistenciais de inclusão diferenciada. Somente com uma política de discriminação positiva para inclusões será possível corrigir essas desigualdades e prover uma assistência equânime. Se essa afirmação cabe às desigualdades de gênero, cabe igualmente aos demais marcadores das diferenças sociais que foram tornados efetivamente marcadores de progressivas exclusões sociais e da saúde. Trata-se, pois, também das desigualdades de raça e etnia, geração e classe social (BRAH, 1996).

A tarefa que há pela frente está ancorada em uma reforma sociocultural que pressupõe uma articulação transversal entre esses marcadores, bem como a inserção dessa mesma transversalidade nas políticas de saúde voltadas aos diferentes grupos sócio-demográficos configurados nesse campo, tais como as crianças e adolescentes; jovens adultos e adultos. Da mesma forma, há os grupos de idosos, cada qual sempre considerado, ainda, em torno de suas específicas questões de gênero.

Mas referenciais para nossas ações e práticas profissionais são construções socioculturais e históricas que nos levam a organizar material e simbolicamente a vida social, provendo significados e identidades que nos situam e nos fazem atuar no dia a dia da vida em sociedade. Ocorre que a grande reorientação do conhecimento e das práticas de saúde com a modernidade foi exatamente uma construção que retirou do âmbito dos adoecimentos, a marca da sociedade e da cultura. Trata-se da medicalização do social, como já bem estudado. Por isso a inscrição mais positiva de ações que corrijam as desigualdades de gênero, assim como as demais desigualdades sociais, se apresenta aos olhos dos profissionais da saúde como a anulação de uma igualdade supostamente já alcançada no plano biomédico. Frente às ações diferenciadas em prol da realização mais equânime dos direitos, os profissionais tenderão à recusa, pois essa abordagem lhes parecerá,

ao revés, um privilégio às mulheres, sendo, paradoxalmente compreendido como ação fora do domínio e da ética profissional (SCHRAIBER, 2012).

No entanto, algumas ações nas redes de serviços, sobretudo no caso da atenção à saúde, podem minimizar essa dificuldade. São elas: um adequado treinamento das equipes de saúde; uma reorientação administrativa e funcional dos serviços e uma contínua supervisão com monitoramento dos êxitos e dos obstáculos para que os profissionais passem a lidar efetivamente com as desigualdades sociais.

Em termos do treinamento dos profissionais, é importante apontar que há pelo menos dois níveis de capacitação distintos. Um diz respeito à "sensibilização" do conjunto dos profissionais que atuam em cada serviço, no sentido de uma compreensão das desigualdades e da formação de uma atitude de apoio para com equipes que irão atuar de modo mais especializado, como, por exemplo, equipes que atuam na violência de gênero ou na saúde das mulheres ou das crianças e adolescentes e assim por diante. O outro nível de treinamento dirá respeito a essa atuação mais especializada ou mais específica em torno a um ou outro programa de saúde. Nesse âmbito, é de fundamental importância ter claro que lidar com situações de violência de gênero será uma intervenção difícil, com padrões de atuação que não se resumem aos da formação biomédica e com grande investimento ético-moral, para dar crédito e não julgar os relatos das mulheres ou as situações em que se envolvem e mesmo suas difíceis resoluções para poderem fazer frente às violências sofridas (D'OLIVEIRA et al., 2009). Esse segundo nível de treinamento, portanto, tem exigências bem distintas da sensibilização, exigindo também, assim, duração, conteúdos e formas pedagógicas diferentes.

Esses dois níveis, de outro lado, ajudam a compor a reorientação dos serviços em termos de sua organização e gerenciamento, fazendo parte de uma estratégia de reorientação administrativa e funcional da assistência a ser prestada.

No que diz respeito a essa última reorientação, é importante ter claro que os profissionais não podem atuar de modo isolado, como se buscar maior justiça social e a defesa dos direitos das mulheres fosse um desafio individual ou um dilema pessoal. O serviço como um todo deve estruturar-se para isso, assim como deve comunicar aos profissionais e sua clientela de usuários que

está desenvolvendo políticas e programas de maior equidade de gênero e maior justiça social. A invisibilidade das questões de gênero será, desse modo, anulada por um "ver e fazer-ver" a violência como problema da atenção à saúde, e o claro alinhamento do serviço com ações éticas e políticas de não violência. O serviço requer, por isso, antes de mais nada, evitar que qualquer forma de violência institucional exista em seu interior, seja na relação dos usuários com o serviço, na relação deles com os profissionais ou dos profissionais entre si.

Além disso, a violência de gênero é um alvo complexo e sensível para as intervenções profissionais (SCHRAIBER et al., 2009), exigindo, para além do adequado treinamento, persistente supervisão de ordem técnica e também emocional e, nas questões de violência em particular, de segurança pessoal, o que se pode sintetizar na ideia de quem é preciso "cuidar de quem cuida". Este talvez seja um dos mais difíceis aspectos da cultura profissional no campo da saúde, permeada tradicionalmente pelo valor da autonomia nas decisões clínico-assistenciais e de atuação ocupacional.

O alinhamento ético-político em prol de maior justiça social e equanimidade de atenção à saúde, portanto, é um desafio bastante complexo no interior da racionalidade médica contemporânea e que permeia todo o campo da atenção à saúde. Essa racionalidade preside quer a produção científica, quer a formação dos vários profissionais, e sua reorientação deve se dar nesses dois planos igualmente, para que, no plano das práticas assistenciais, as políticas e os programas de atenção à saúde façam sentido como parte da intervenção técnico-científica de seus profissionais.

Referências

ANZORENA, C. "Mujeres": destinatarias privilegiadas de los planes sociales de inicios del siglo XXI – Reflexiones desde una perspectiva crítica de género. *Revista de Estudos Feminista*, v. 18, n. 3, p. 725-746, 2010.

BARSTED, L.L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed. Unicamp, 2003. p. 79-94.

_____. O progresso das mulheres no enfrentamento à violência In: BARSTED, L.L.; PITANGUY, J. (Org.). *O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011, p. 346-382.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu.* n. 26, p.329-376, jan-jun, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases para uma ação programática, Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A Normas e manuais técnicos Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno n. 4), 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARLOTO, C.M.; MARIANO, S.E. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. *Revista Estudos Feministas*, n. 18, v. 2, p. 451-471, 2010.

COHN, A. Políticas e saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 219-46.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. *Sexo & vida:* panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003, p. 17-78.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.) *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 319-335.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. *Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero*: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais. Relatório técnico de pesquisa ao CNPq (Processo n. 404822/2012-6). São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface Comunicação, Saúde, Educação,* n. 3, v. 4, p. 105-121, 1999.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 14, v. 4, p. 1037-50, 2009.

DURAND, J. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, n. 45, v. 2, p. 55-64, 2011.

HEISE, L. Violence against women: global organization for change. In: EDLESON, J.L.; EISIKOVITS, Z.C. *Future interventions with battered women and their families*). London: Sage, 1996, p. 7-33.

HERRENKOHL, T. I. et al. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse.* n. 9,v. 2, p. 84-99, 2008.

KRUG, E.G. et al. *World report on violence and health*. Genebra: World Health Organization, 2002.

LIMA, C.A.; DESLANDES, S.F. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s. *Saúde e Sociedade*, n. 23, v.3, p. 787-800, 2014.

MEYER, D.E.; KLEIN, C.; FERNANDES, L.P. Noções de família em políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 20, v. 2, p. 433-449, maio-ago 2012.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. n. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PINEL, P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. *El compromiso de los Estados:* planes y políticas para erradicar la violencia contra las mujeres en America Latina y en el Caribe. Informe ONU Mujeres. Ciudad de Panamá, nov. 2013.

SCHRAIBER, L.B. et al. *Violência dói e não é direito*: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed Unesp, 2005.

SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, n. 17, v. 10, p. 2635-2644, 2012.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 25, supl. 2, p. 205-216, 2009.

VILLELA, W.V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 23, v. 2, p. 471-475, 2007.

Redes de Políticas Públicas e os desafios para a Integralidade do Cuidado à Mulher: lugar de mulher é onde ela quiser*

Ana Heckert

Debater o tema das redes de políticas públicas é se deparar com um campo de noções polissêmicas, em que a variação de sentidos está conectada também à variação de práticas ético-políticas. A convocação neste momento talvez resida em não simplificar o que é complexo, não banalizar o que demanda densidade. Outro desafio reside em debater questões relativas às políticas públicas para mulheres vivendo práticas cada vez mais intensas de machismo e misoginia em nosso país[1].

As redes de políticas públicas não designam apenas um modo de estruturar e administrar as políticas estatais, buscando interação entre diferentes campos de atuação, tais como a saúde, a educação, a assistência social, a cultura, a moradia, etc.; ou ainda, interação

* A autora elaborou este texto exclusivamente para sua participação na mesa-redonda intitulada "Violência institucional, direitos humanos e redes de políticas públicas: desafios, dilemas e alternativas para a integralidade do cuidado à mulher", durante o XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, na celebração dos 10 anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman e do IV Encontro da Incubadora da Integralidade, realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. O evento, cujo tema central foi "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", contou como apoio de: Japan International Cooperation Agency (ICA), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), Escola de Enfermagem da UFMG, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz; Grupo de Estudos em Saúde Coletiva – GESC / UFRGS, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde: contextos, trajetórias e políticas públicas (FASA, ISC/UFBA), Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; Universidade de Brasília, Faculdades de Medicina e Comunicação da Universidade Federal do Acre e Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

1 Agradecemos ao coletivo de mulheres do Curso de Psicologia da UFES, Filhas de Gaia, pela indicação e cessão de relatórios de pesquisas, livros e artigos acerca das práticas de violência contra as mulheres.

entre diferentes atores visando estabelecer procedimentos comuns. Como afirmam Kenis e Schneider, a rede é um "conjunto de relações relativamente estáveis e continuadas, que mobiliza e agrupa recursos dispersos, de modo que a ação coletiva possa se organizar na direção da solução de uma política comum" (KENIS; SCHNEIDER, 1991, p. 260). Tal compreensão implica gestão compartilhada e arranjos institucionais com vistas a otimizar a ação estatal para atender às demandas da população. Assim, a rede é vista como "[...] a solução adequada para administrar políticas e projetos onde recursos são escassos, os problemas são complexos, e existem muitos atores interessados" (FLEURY, 2002, p. 224). Rede implicaria articulação entre agentes públicos, entre atores diversos, que se articulam e buscam atuar por meio de práticas de cooperação em função da necessidade de efetuar uma ação que seja um bem comum.

Outros autores apontam que a gestão das políticas públicas em rede seria um modo de gestão necessário ao processo de democratização da gestão das políticas públicas, baseada em relações democráticas e participativas, requisitado pela Constituição promulgada em 1988 (ANDRADE, 2006). Gestão das políticas em rede seria uma forma organizacional de efetuar a gestão pública no Brasil, funcionando de modo mais horizontalizado, integrando atores diferenciados para lidar com problemas complexos. Destaca-se que tais noções de gestão de políticas em rede partem da compreensão de que as redes são formadas

> [...] como um conjunto de relações estáveis na integração de uma variedade de atores que ao compartilharem interesses comuns buscam alcançar cooperativamente metas, mas sem definir claramente como as relações de poder são processadas. (BÖRZEL, 2002, apud ANDRADE, 2006, p. 55)

A implementação de políticas públicas no contemporâneo, e sua resolutividade, implicam uma complexa interação entre múltiplos atores, e a dinâmica das redes que constitui, fortalece e inviabiliza suas conexões. Nos últimos anos, a constituição de redes de políticas públicas tem emergido como estratégia para viabilizar a ampliação do acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social, bem como para enfrentar os impasses decorrentes do acesso restrito e desigual às políticas estatais (PROCOPIUCK; FREY, 2009).

Por redes de políticas públicas, queremos destacar não apenas os arranjos organizacionais instituídos para efetuar intercâmbios e cooperação intra e interpolíticas setoriais, por meio da articulação de ofertas de atendimento, do encaminhamento de demandas da população usuária dos serviços de educação, saúde e assistência social, por exemplo, e da definição de responsabilidades de cada um destes equipamentos. Tais arranjos pautam-se na compreensão de que a resolução de problemas, o acolhimento e o encaminhamento de demandas não pode se dar no âmbito de cada política setorial e demandam a gestão integrada das diversas políticas governamentais.

Destacamos que conceito de rede se ancora em noções de coletivo que, por sua vez, atualizam-se nas chamadas "conversas intersetoriais". Encontros, reuniões, rodas de conversa são nomeadas como "reuniões da rede", espaços de conversas entre representantes das diferentes políticas governamentais, onde se discutem casos problemáticos, apresentam-se serviços com vistas a aproximar ações. Tais encontros de rede são importantes para lidar com o processo de fragmentação e descontinuidade das políticas governamentais. Mas como aponta Vieira (2012, p. 61), "[...] é comum vermos nelas uma participação majoritariamente centrada nas chefias, promovendo assim trocas apenas entre iguais, de modo verticalizado (hierárquico) e/ou horizontal (entre grupos/categorias semelhantes)".

Ainda que estes arranjos organizacionais sejam fundamentais para ampliar canais de interlocução entre os diversos agentes públicos, não esgotam o debate acerca da noção de rede e o modo como tem sido veiculado no âmbito das políticas governamentais. No debate acerca da constituição de redes de políticas públicas, podemos perceber que as redes sociais assumem lugar estratégico, sendo compreendidas como vínculos solidários entre atores sociais diversos (JACOBI, 2000; WONG UN, 2002); como também emergem estudos voltados à compreensão da noção de redes de políticas (SILVA; MOURA, 2008).

Se falamos em redes sociais, estamos lidando com vínculos ético-políticos, com relações de poder e com processos de re-existência. Para além das definições usuais de rede (pontos conectados, relações horizontalizadas), as redes sociais constituem-se como redes de comunicação que possibilitam compartilhamento de experiências.

Talvez seja pertinente trazer para nosso debate a potência de transversalização[2] das redes e que é fundamental para a interrogação e mudança das práticas de saúde, de educação e de assistência social. Por rede entendemos pontos de conexão não hierárquicos, sem centro unificador; precisamente, uma rede diz respeito à potência de efetuar conexões entre pontos/elementos heterogêneos. A rede diz respeito a "uma organização que é complexa, aberta, dispersa, sem centro unificador e que tem como princípio a conectividade" (KASTRUP, 2000, p. 17). Pensamos numa dimensão de rede na qual "cada ponto se conecta a outro por contágio, sem hierarquia ou filiação" (PARENTE, 2004, p 106). Assim, a rede se configura e se desmonta nos movimentos, conexões e alianças que se efetuam entre seus atores, é um campo de tensões aberto. No entanto, as redes tanto podem se configurar com um funcionamento de controle e dominação política, quanto com um funcionamento que amplia processos de autonomização e coletivização, ampliando o caráter público das políticas sociais. Para Teixeira (2003), a rede é uma multiplicidade conectada de agenciamentos heterogêneos; um coletivo heterogêneo que se conecta a outros coletivos heterogêneos.

Neste sentido, tomar o tema da rede de políticas públicas nos leva, necessariamente, à discussão dos processos de gestão de tais políticas e da concepção de território que subsidia as ações desenvolvidas, uma vez que a gestão das políticas públicas em rede se constitui em territórios, ao mesmo tempo que tece novos territórios. Para Santos (2003), o território é o espaço usado, vivido, e não o espaço geográfico em si mesmo, ou seja, é dinâmica de apropriação social e hibridismo; espaço móvel e transitório. É no território que tudo acontece, que as relações políticas, econômicas e sociais se entrecruzam e se atualizam.

Os territórios, segundo Girardi (2008, p. 5), "[...] não são estáticos. Suas fronteiras são flexíveis, permeáveis, rompem-se e se reconfiguram (desterritorializam-reterritorializam)". Se entendemos o território como um

2 Por transversalidade, estamos nos referindo a um conceito-ferramenta esboçado por Felix Guattari que aborda os processos de comunicação intra e intergrupos, chamando atenção para que os processos horizontais referem-se aos níveis de comunicação que se efetuam entre os supostamente iguais da corporação, por exemplo, a conversa no interior de cada categoria profissional. Os processos verticais referem-se à comunicação entre os desiguais, via organograma. Transversalizar é criar outros modos de comunicação, que escapem a esta horizontalidade e a verticalidade, ampliando-a. A este respeito, ver Guattari (1981).

agente ativo, produzindo e transformando os lugares, consideramos fundamental compreender o que se passa nos territórios. Ao pensarmos as políticas de saúde, educação e assistência social, habitação, enfim, uma política pautada no público, lógica essa inversa a da segregação, setorialização, e separação dos saberes e fazeres, é necessário indagarmos como os territórios estão se constituindo. Torna-se fundamental levar em conta as múltiplas dimensões do território, que lhe deixam a marca da heterogeneidade. As políticas públicas se dão de tal forma que sua efetuação se acompanha de movimentos no território (seja ele político, econômico, existencial, geográfico). E embora o território não se reduza ao espaço geográfico, compreender sua geografia é fundamental para analisar o modo como é usado/habitado.

Em outros trabalhos de pesquisa e extensão realizados, temos insistido que a noção de rede que utilizamos se aliança com as lutas travadas nos territórios múltiplos em que atuamos, potencializando aberturas de caminhos para que novos possíveis sejam almejados. Apostar numa política em rede é apostar num modo de fazer que considere o outro, a diferença. Uma rede, para se conectar com o que se passa, tem que se abrir à comunidade, sendo que entendemos a comunidade não feita da fusão do idêntico, mas da conexão com a alteridade (PELBART, 2011). Uma rede que não seja a simples articulação de pontos já existentes, visando otimizar recursos, mas uma rede que vise à "construção de práticas que desestabilizem esses polos cristalizados, que consigam se articular *entre*" (GOTARDO, 2011, p. 92).

Nessa perspectiva, os conceitos de território, rede e comunidade, embora distintos, são indissociáveis. Estão num plano que, como indicam Barros e Fonseca (2007), não se relacionam e interagem, mas se dobram e se implicam a ponto de não podermos mais separar esses conceitos do/no fazer da pesquisa.

Outras concepções de redes vão destacar os processos de produção das conexões, atentos a seus efeitos. Neste sentido, autores como Passos e Benevides (2004) vão indicar que as redes podem ter um funcionamento de forma a esfriar e aquecer processos de autonomização. As redes esfriam processos de coletivização quando operam em função de um centro, gerindo fluxos de modo a produzir efeitos de homogeneização e equivalência. Funcionam multiplicando segmentariedades e segregações, intensificando normalizações. A diferença é

capturada, integrando-a de forma a alimentar as apostas e os interesses do capital. A rede esfria quando opera lubrificando as formas reificadas do viver.

As redes esquentam quando funcionam de modo descentralizado e acolhem os burburinhos e a diferença. Operam de modo a potencializar efeitos de diferenciação e não se organizam de forma arborescente e centrada. Sua expansão se efetua por hiperconectividade rizomática, desfazendo hierarquias e centralidades. Por isso, os autores a denominam de *rede heterogenética*. São redes de resistência que acolhem os processos de variação da vida, interferindo nos organogramas duros, nos procedimentos e protocolos excludentes. Essas contribuições assinalam que os modos de funcionamento das redes implicam efeitos aos quais precisamos ficar atentos.

Redes de políticas públicas de atenção à saúde das mulheres

No que se refere à integralidade do cuidado à mulher, nosso contemporâneo tem lidado com uma complexa teia de desafios. A saúde da mulher se constituiu como campo explícito de lutas com os novos movimentos sociais dos anos 1980. As lutas feministas que emergiram em outros tempos tiveram como efeito a criação de políticas que incluíssem a atenção integral da saúde da mulher como pauta nas políticas públicas.

Em 2005, foi traçado um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), ao final do primeiro governo Lula. Este Plano tinha como princípios: a) igualdade e respeito à diversidade; b) equidade; c) autonomia das mulheres; d) laicidade do Estado; e) universalidade das políticas; f) justiça social; g) transparência dos atos públicos; h) participação e controle social.

O PNPM foi resultado da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em julho de 2004. Nele é possível perceber que as ações de proteção demandam políticas intersetoriais. A partir daí, inúmeras ações têm sido efetivadas, mas permanecem entre nós os alarmantes dados de violência contra as mulheres, de dificuldades no acesso às políticas públicas, de índices espantosos de mortalidade materno-infantil.

Sabemos que as práticas de cuidado que ensejam produção de autonomia esbarram a todo momento com práticas tutelares, racistas, machistas e misóginas, que objetificam as mulheres. O atual Estatuto da Família, em tramitação no

Congresso Nacional, as leis que visam impedir o aborto legal, as movimentações sociais que tentam impedir que as escolas efetuem debates acerca de questões de gênero, dentre outras práticas conservadoras que vêm se intensificando em nosso país, esvaziam as práticas de cuidado como dispositivos fundamentais de afirmação da vida.

Não é possível efetuar práticas de cuidado que se deem de modo a afirmar a integralidade e a resolutividade das ações de saúde sem que sejam incluídas as questões relativas ao racismo, ao machismo e as desigualdades sociais na produção de saúde e de doença das mulheres. As demandas de cuidado expressas pelas mulheres não se circunscrevem a um corpo estritamente biológico; esse corpo tem as marcas da história, das relações capitalistas, da violência das práticas racistas, machistas e lesbofóbicas.

A integralidade do cuidado não se efetua sem afirmação dos direitos humanos, sem uma escuta sensível às práticas de violência experimentadas cotidianamente, sem acolhimento aos modos de vida que escapam ao metro-padrão-europeu-branco-heterossexual-homem. Em boa parte dos equipamentos de saúde, os protocolos e procedimentos têm o primado em relação às demandas das usuárias. As práticas centradas no modelo biomédico e no paradigma clínico-ginecológico, ainda pautadas na relação queixa-conduta, desconsideram as especificidades e singularidades das mulheres (COELHO et al., 2009).

Cabe destacar que a utilização da noção de integralidade em saúde se deu por ação do movimento feminista, que preconizava, já no início dos anos 80, a integralidade das ações em saúde. Podemos afirmar que as políticas públicas voltadas à mulher foram fruto de intensas lutas dos movimentos feministas.

A violência contra a mulher, em suas diversas expressões, tem-se constituído como um dos fatores de agravo à saúde. Os relatos das mulheres acerca do acesso à saúde apontam práticas de discriminação, violações de direitos, desqualificação. As mulheres negras, pobres, indígenas, lésbicas, transexuais são as que convivem ainda mais com práticas discriminatórias, violentas. Pesquisas da área apontam que as mulheres são tratadas de forma universalizante, esvaziando os princípios de equidade e integralidade que pautam o SUS. Como efetuar redes de políticas públicas que acolham as demandas das mulheres negras, indígenas, quilombolas, de matriz africana, ciganas, de comunidades e povos tradicionais, de terreiro,

do campo, das águas, da floresta, lésbicas, transexuais, travestis, egressas do sistema prisional, com deficiência e com mobilidade reduzida?

Mesmo nas situações nas quais as mulheres têm o direito legal de fazer um abortamento – abuso sexual, risco de vida para a mãe e má-formação fetal –, os serviços seguros disponíveis são poucos e desconhecidos. Não podemos deixar de mencionar que continuam as tentativas, no Congresso Nacional, para cercear o direito ao aborto legal, criminalizando as mulheres e os profissionais de saúde. As práticas de produção de verdade acerca da saúde das mulheres estão permeadas por noções que as circunscrevem ainda como corpo reprodutor, delimitando parte considerável das ações à saúde sexual e reprodutiva, embora não possamos desconsiderar os importantes avanços obtidos. Talvez sejam estes avanços que tenham tornado insuportável pensar a mulher como corpo desejante, plural, polifônico.

A IV Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres apontou, em seu texto-base, a necessidade de intersetorialização das políticas públicas para efetuar políticas de igualdade que contemplem as complexas demandas deste grupo. Apontou, ainda, que as mulheres negras, indígenas e lésbicas têm pouco acesso às políticas públicas e convivem com inúmeras formas de violência.

> A articulação entre o sexismo e o racismo incide de forma implacável sobre o significado do que é ser mulher negra no Brasil. O racismo constrói uma postura hierárquica que ser negra significa ser inferior. O sexismo por sua vez desqualifica a mulher, hierarquiza as relações de gênero, impõe a heteronormatividade como única forma do exercício da sexualidade e considera desviante e negativo o exercício das relações sexuais entre mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT). Assim, estimula a discriminação, autoriza o preconceito e promove a cultura de ódio e criminaliza na prática as relações homoafetivas. (BRASIL, 2016, p. 19).

O texto-base sinaliza que permanece nas políticas públicas a reafirmação dos lugares tradicionais das mulheres como "mães, esposas do lar, encarregadas por zelar pelo bem-estar da família e responsabilizadas pelo sucesso, pelo bem-estar e educação das futuras gerações" (BRASIL, 2016, p. 14). Portanto, um dos desafios ainda no âmbito das políticas públicas é fazer entender que lugar de mulher é onde ela quiser.

A intersetorialidade entre políticas estatais mais tem servido para controlar as mulheres e reificar o lugar institucionalizado do feminino, do que afirmar os direitos das mulheres à autonomia, à liberdade. Pesquisas realizadas sobre o funcionamento da Política Nacional de Assistência Social têm mostrado que as ações de assistência social, se de um lado permitiram o acesso de grupos extremamente pobres a outra situação social, de outro têm efetuado uma espécie de controle a céu aberto, regulamentando modos de vida. Santos (2015) aponta, em sua dissertação de mestrado, que o governo, através da família, vem elegendo as mulheres como foco principal das ações da PNAS, individualizando e responsabilizando-as pela resolução das sequelas sociais produzidas pela desigualdade social.

No processo de familiarização das camadas populares, apontados por Donzelot (1986) e Rago (1985), as mulheres e as crianças se constituíram como principais suportes deste processo de moralização e de controle dos mais pobres. Não à toa que a maioria dos prontuários dos CRAS são familiares e, em geral, estão localizados com os nomes das mulheres que, por sua vez, são as que comparecem à esmagadora maioria dos atendimentos nesses serviços. Nas escolas, a maioria das responsáveis pelos estudantes também são as mulheres (mães, avós, etc.). Nas Unidades de Saúde, a maioria de usuárias a levar os filhos para acompanhamento da saúde também são mulheres.

> Esse papel de "cuidadora" recai mais pesadamente sobre as mulheres pobres, desprovidas dos serviços oferecidos pelo mercado, alijadas de muitas das facilidades propiciadas pelas tecnologias e receptoras de serviços públicos muitas vezes de qualidade duvidosa. Por outro ângulo, é também o papel de cuidadora o mais frequentemente invocado pela política de assistência social ao se dirigir às mulheres pobres. (CARLOTO; MARIANO, 2010, p. 461).

A naturalização do lugar de cuidadora vinculado à figura da mulher pouco promove autonomia; ao contrário, corrobora para enaltecer o sobretrabalho feminino e estabelecer controles sutis sobre as mulheres. Neste sentido, é importante pensarmos os efeitos da interpelação das mulheres como usuárias e alvo das políticas sociais, elegendo-as como as principais responsáveis pelo cuidado com a educação e a saúde (MEYER; KLEIN; FERNANDES, 2016). Não é demais ressaltar que "[...] as mulheres que se constituem como alvos de tais

políticas são em sua maioria mulheres pobres, negras, de reduzida escolaridade, que habitam as periferias de nossas cidades" (SANTOS, 2015, p. 49).

A campanha "SUS sem racismo, Racismo faz mal à saúde!", veiculada em 2014 pelo Ministério da Saúde, afirmava que as mulheres negras recebem menos tempo de atendimento médico do que as brancas. N da revista *Forum* de dezembro de 2014, no artigo intitulado "Mulher negra e saúde: a invisibilidade adoece e mata", Jarid Arraes afirma:

> São diversos os relatos de mulheres que não foram devidamente anestesiadas em momentos em que a anestesia seria necessária, que passaram mais tempo esperando nas filas – mesmo chegando primeiro -, ou que deixaram de receber medicamentos e analgésicos para aliviar a dor. Nos depoimentos, há a presença constante de afirmações racistas, como a ideia de que as mulheres negras são mais resistentes à dor do que as mulheres brancas, por exemplo. (ARRAES, 2014)

Dados do SIM/MS[3] apontam que 74% dos usuários do SUS são negros, e que o racismo interfere no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento. De acordo com dados de 2012 do MS, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (BRASIL, 2016b).

Os novos perigos da atualidade situam-se em dispositivos sutis de governo da vida, em que as políticas governamentais também são acionadas para gerir a miséria necessária, e não apenas para produzir autonomia e vidas dignas (OLIVEIRA, 2010). As políticas sociais e suas condicionalidades são também importantes vetores de fabricação de modos de ser mulher. Neste caso, estamos falando de redes frias que operam a manutenção de práticas verticalizadas e segmentadas. Em nome do cuidado com a vida, redes de políticas estatais são forjadas e funcionam controlando a vida dos usuários por meio de ações modelares e modeladoras que regulam a vida, no lugar de expandi-la.

Podemos, por fim, situar que os desafios das redes de políticas públicas é produzir redes de conexão que acolham a diferença, a variação da vida, e que enfrentem os processos de regulamentação do viver. As redes conectam linhas finas e tênues, e cada nó da rede é um condensado complexo. O funcionamento em rede, usando aqui a noção de rede quente de Passos e Benevides (2004),

3 SIM: Sistema de Informações sobre mortalidade.

implica aumento do grau de comunicação que possa abolir verticalidades e horizontalidades. Implica expansão de processos de cooperação, alianças e movimentos heterogenéticos, logo um campo aberto e permeado todo tempo por tensionamentos. Entre a noção de rede como modelo de racionalidade das políticas estatais, elevando sua produtividade, e a noção de rede como operador de ação que possibilita vários caminhos, talvez caiba ficarmos atentos aos efeitos dos funcionamentos que as conexões delineiam – uma vez que as conexões feitas provocam interferências nas linhas conectadas, imprimindo novas direções (KASTRUP, 2004, p.81).

Estas questões requerem também enfrentar debates importantes relativos ao princípio da intersetorialidade. Não podemos efetivar intersetorialidade sem entendermos que cada política setorial implica processos de gestão do trabalho que se diferenciam, orçamentos financeiros diversos, articulação de saberes e experiências que incluem o planejamento, a implementação e a avaliação de políticas públicas (INOJOSA, 2001).

Quem sabe pensar a conexão de políticas que se efetuam como públicas requeira vislumbrar uma transetorialidade e uma transdisciplinaridade que desmanchem as cercanias entre as políticas setoriais e das disciplinas que as sustentam? Neste sentido, transetorializar políticas sociais nos coloca frente a processos de desnaturalização de instituições e práticas, tais como: o lugar da mulher, da família e de nossos preceitos morais; a necessidade de tratarmos seriamente no campo da saúde dos debates relativos ao abolicionismo penal; dos efeitos do racismo, do machismo e da lesbofobia, dentre tantas outras práticas e instituições que estão colocadas em nossas vidas como imutáveis e necessárias.

Neste momento de intensificação dos conservadorismos e das desigualdades, capilarizando práticas fascistas, é hora de nos perguntar, inspirados em Foucault (2008): o que estamos fazendo de nós mesmos, de nossas conexões, de nossas apostas?

Referências

ANDRADE, J. A. Redes de atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? *Gestão & Regionalidade*. n. 64, maio-agosto, 2006. Disponível em <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/download/56/17.> Acesso em: 23 mar 2015.

ARRAES, J. Mulher negra e saúde: a invisibilidade adoece e mata. *Revista Fórum*. Disponível em: http://www.revistaforum.com.br/digital/176/mulher-negra-e-saude-invisibilidade-adoece-e-mata/. Acesso em: 31 jun 2016.

BARROS, M.; FONSECA, T. Novos Intercessores no plano da psicologia do trabalho: problematizações conceituais. In: ARANTES, E.; NASCIMENTO, M.L.; FONSECA, T.M.G. (Org.). *Práticas Psi Inventando a Vida.* Niterói: EdUFF, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília, 2006.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *IV Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres* (CNPM). Documento-Base. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 82 p. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

CARLOTO, C.M.; MARIANO, S.A. No meio do caminho entre o privado e o público: um debate sobre o papel das mulheres na política de assistência social. *Revista Estudos Feministas*, v. 18, n. 2, 2010, p. 451-471. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 ago. 2014.

COELHO, E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FLEURY, S. El desafio da la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituiciones y Desarrollo*. Barcelona, n. 12-13, p. 221-247, 2002.

FOUCAULT, M. Aula de 25 de janeiro de 1978. In: _____. *Segurança, território e população*: curso no Collége de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 73-116.

GIRARDI, G. *Cartografia e Cartografia*: diálogo II, 2008 (Texto não publicado).

GOTARDO, S. *Políticas de comunidade nos terrenos da educação*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

GUATTARI, F. Transversalidade. In: _____. *Revolução molecular:* pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>. Acesso em: 05 jun 2016.

JACOBI, P. Meio ambiente e redes sociais: dimensões intersetoriais e complexidade na articulação de práticas coletivas. *Revista de Administração Pública* – FGV. Rio de Janeiro, n. 6, p. 131-158, 2000.

KASTRUP, V. A psicologia na rede e os novos intercessores**.** In: FONSECA, T. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: EdUFRGS, 2000.

_____. A Rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (Org.). *Tramas na rede:* novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004.

KENIS, P.; SCHNEIDER, V. Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analytical tool. In: MARIN, B; MAYNTZ, R (Org.). *Policy networks*: empirical evidence and theoretical considerations. Frankfurt am Main: Campus; Boulder, Colorado: Westview Pres, 1991, p. 25-59.

MEYER, D.E.; KLEIN, C.; FERNANDES, L.P. Noções de família em políticas de "inclusão social" no Brasil contemporâneo. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 433-449, 2012. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=6560844410376611428&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 27 fev 2016.

OLIVEIRA, C.M.C. *Atenção básica na Assistência Social*: entre a miséria necessária, artes de governar e redes de solidariedade. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2010.

PARENTE, A. (Org.). *Tramas na rede*: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, p. 159-171, jan-jun 2004.

PELBART, P. *Vida capital:* ensaios de biopolítica**.** São Paulo: Iluminuras, 2011.

PROCOPIUCK, M.; FREY, K. Articulações organizacionais em redes de políticas públicas no ciberespaço: o caso da política de difusão social de TICS em Porto Alegre e Curitiba. *O&S*. Salvador, v. 16, n. 51, p. 687-706, out-dez 2009.

RAGO, M. *Do cabaré ao lar:* a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

SANTOS, K. L. *Resistências e controles no PAIF/CRAS:* o desafio de desnaturalizar práticas e inventar possíveis. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2015.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização*: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SILVA, M. K.; MOURA, J.T.V. Atores sociais em espaços de ampliação da democracia: as redes sociais em perspectiva. *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, v.16, n. supl., p. 43-54, ago 2008.

TEIXEIRA, R. R. 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, 2003. p. 49-61.

VIEIRA, L. F. D. *Vida no Forte São João e a tecedura de políticas*: acompanhando a produção de redes. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2012.

WONG UN, Julio Alberto. *Visões de Comunidade na Saúde:* comunalidade, interexistência e experiência poética. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto*

Dário Frederico Pasche
Esther Vilela
Isabela Garcia dos Santos

Um parto humanizado, que assegura os direitos da mulher, é um ato revolucionário. Assim, todo parto é uma revolução[1]

Apresentação

Este artigo tem por tema principal a mudança nos modos de atenção ao parto e nascimento no Brasil, caracterizado como incompatível com o estágio de desenvolvimento científico e tecnológico do país (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Parte do pressuposto de que recentes políticas públicas, a exemplo da Rede Cegonha (BRASIL, 2014), se apresentam como importantes estratégias de mudança, pois apontam para a necessidade de se introduzir alterações profundas no cuidado em saúde. Tais mudanças deveriam se estender desde a organização de redes de atenção para assegurar itinerários terapêuticos

1 Esther Vilela, mesa-redonda citada na nota anterior.

* Os autores elaboraram este texto exclusivamente para exposição na mesa-redonda "Populações vulneráveis e políticas específicas: avanços, fragilidades e desafios para a integralidade do cuidado a mulher", no XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, na celebração dos 10 anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman e do IV Encontro da Incubadora da Integralidade, realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. O evento, cujo tema central foi "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", contou como apoio de: Japan International Cooperation Agency (ICA), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), Escola de Enfermagem da UFMG, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz; Grupo de Estudos em Saúde Coletiva – GESC / UFRGS, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde: contextos, trajetórias e políticas públicas (FASA, ISC/UFBA), Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; Universidade de Brasília, Faculdades de Medicina e Comunicação da Universidade Federal do Acre e Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

capazes de atender ao conjunto de necessidades de atenção, até a introdução de modificações na cultura das instituições que realizam parto, repercutindo em novos modos de atenção ao parto e nascimento.

Partindo desses pressupostos, este texto destaca que nesse processo de mudança da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, além dos benefícios para a saúde das mulheres e das crianças (ANDRADE; LIMA, 2014), um "bom parto" pode produzir repercussões ontológicas sobre a mulher, constituindo importante estratégia de empoderamento e autonomia das mulheres, agregando-se a outras que comungam da mesma orientação ético-política.

Para sustentar esse debate, o texto parte da discussão sobre a constituição dos direitos sociais no contemporâneo, que além de se configurar como estratégia econômica, tem se apresentado como possibilidade de afirmação do direito de diferir, incluindo uma perspectiva da manifestação mais plural e múltipla do vivo. A combinação das lutas por direitos como elemento de produção de justiça e equidade no campo político e econômico e a acolhida e proteção de um sem-número de possibilidades subjetivas e subjetivadoras de sujeitos, grupos e subgrupos sociais, exige das políticas públicas reconhecimento de elementos que ultrapassam a racionalidade dos meios, sendo necessário contemplar aspectos imanentes do exercício mais plural da participação cidadã. Mas não se trataria apenas de acolher necessidades (sociais, econômicas, políticas, etc.), mas também direitos, interesses e desejos dos sujeitos. Essa bricolagem, na área da saúde, sobretudo no campo das práticas institucionais de atenção e cuidado, impõe deslocar a centralidade do saber técnico em sua definição, para acolher aquilo que se introduz pela alteridade. Esse é o desvio que se propõe necessário se se almeja uma efetiva mudança nas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Além desses aspectos, o artigo aponta para uma situação paradoxal: em que pese consenso entre organizações de saúde, como o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), de que o modelo de atenção ao parto no Brasil é inadequado, a agenda proposta pela Rede Cegonha encontrou forte resistência entre movimentos das mulheres. Os autores que participaram direta ou indiretamente da gestão de políticas públicas no MS destacam que o deslocamento dessa resistência foi em parte conseguido quando lideranças dos movimentos feministas identificaram que

dirigentes do MS não ameaçavam conquistas já alcançadas, e que a plataforma de mudanças na atenção ao parto e nascimento poderia se associar a outras agendas de ampliação da autonomia das mulheres.

O direito a ter direitos: a subjetividade como marca dos direitos no contemporâneo

A luta pela conquista e manutenção de direitos, inclusive o direito a ter direitos, constituiu boa parte da história do século XX, e o mesmo pode ser observado nas primeiras décadas do século XXI. A conquista por direitos, parte consagrados em documentos declaratórios, parte deles inscrita em políticas públicas, então afirmativas de direitos, se estabelece no embate social, político, cultural e econômico entre classes sociais e seus mais variados segmentos. Em linhas gerais, a inscrição de direitos pode ser enunciada como resultante de disputas que, em última instância, determinam quem e como se apropriará dos recursos materiais e em qual proporção.

Essa dimensão material, de base econômica, contudo, não esgota a compreensão das lutas pelos direitos no final do século XX e nas primeiras décadas do século XXI. Obviamente, podemos enunciar que direitos civis, políticos e sociais estabelecem formas de inserção na sociedade, cuja dimensão econômica é fundamental. O direito de pertencer e de pertencimento a uma sociedade não pode ser concebido sem que a ele se remeta uma dimensão econômica, pois essa, sobretudo em sociedades de classe e sob as regras do capital, estabelece fundamentalmente as condições dessa inserção. Em uma perspectiva utópica, pode-se conceber que a inserção cidadã no esteio dos direitos tem por horizonte a redução a níveis aceitáveis de desigualdades e a promoção da equidade com justiça social. Tarefa fundamental das políticas públicas.

Insuficiente, mas fundamental à dimensão econômica, deve-se incluir outros elementos, sem os quais não se consegue compreender a dinâmica que as lutas sociais tomam nos tempos que vivemos. É fundamental, em nossa compreensão, incluir a dimensão de ordem subjetiva que as lutas sociais vão adquirir, agregando à dimensão econômica perspectiva que tornam mais complexos os cenários de lutas e os embates sociais e políticos no contemporâneo.

A dimensão subjetiva das lutas sociais por direitos, que pode ser mais bem expressado como a inclusão na luta pelos direitos de singularidades que se produzem como modos de subjetivação, vão agregar novos contornos às lutas econômicas, que passarão a se expressar também como multiplicidades e pluralidades multirreferenciadas, ampliando não só as estratégias e os cenários de lutas, mas também as pautas e reivindicações. À dimensão material de base econômica se mistura o simbólico, o imaterial, que busca se inscrever como base material.

Essa dimensão subjetivada é imanente, em grande medida, das lutas pela inscrição de direitos sociais e econômicos dos trabalhadores, mas sobretudo das minorias, que encontram no final do século XX possibilidades de expressão e afirmação de suas experiências como modos de subjetivação que são legítimos e que devem, então, encontrar acolhida e proteção no corpo político e jurídico como o direito a diferir. Mas a diferença como afirmação de singularidades, e não a diferença pelo contraste aos padrões estéticos, sexuais e morais socialmente determinados e tomados como metro-padrão (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Obviamente, essa inscrição mais múltipla se estabelece em meio a cenários de lutas, pois impõe novas possibilidades de experimentar a vida, afrontando padrões e promovendo deslocamentos subjetivos e identitários.

Basta estar minimamente atento para se reparar a efervescência no tempo em que vivemos de novos padrões de existência e em vários planos da vida social. É suficiente observar, se é que não vivemos em nossos próprios corpos, os corpos tatuados, perfurados, adornados de forma permanente e mutável; vestes sob as mais diversas possibilidades de combinações e estilos, que confundem qualquer perspectiva de imediata associação étnica e social. Algo que há poucas décadas seria reprovado, hoje é estética que se expressa como direito de diferir. Logo, possibilidade de inscrição no mundo desde singularidades multirreferenciadas.

O diferir, a diferença como elemento de subjetivação, pode ser relacionado a práticas de resistência cultural e política. Mas não pode ser idealizada como ato de libertação pela insubordinação ao modelo metro-padrão. O capital é amoral, logo a diversidade e tudo que a ela se associa como bem material e imaterial pode se transformar em mercadoria de alto valor, transmutando o

diferir simplesmente ao diferente, que captura e amortece a força instituinte presente como insubordinado à lógica instituída do capital, que transforma tudo em bem, em mercadoria.

A tolerância, mesmo que ainda limitada, às novas demandas sociais e a novos padrões de comportamento social, sexual, etc., é em parte viabilizada pela possibilidade de se transformar em dispositivos de reprodução privada do capital. Mas, é claro, é fruto das lutas que inauguram novas possibilidades de expressão e afirmação do vivo. Lutas que não têm sido realizadas sem dor e sofrimento e basta ver noticiário e qualquer cidade de nosso país para se ver estampado como cena cotidiana violências de todos os tipos contra a comunidade LGBT, mulheres, adolescentes e jovens rotulados indistintamente como infratores, indígenas e tantos outros.

Mas para a discussão que queremos fazer neste texto sobre o direito de ser mulher na cena do parto, importante perceber que as questões atinentes à luta pelos direitos não podem se resumir ao plano material – logo, econômico. Há também a emergência de novos direitos que ultrapassam, sem se desvincular dessa dimensão, para se fundamentar e se sustentar como formas mais diversas e plurais de manifestação do vivo, emergente de novos direitos, desejos e vontade, dimensão que chamamos de "subjetivada".

A luta das mulheres por direitos em saúde – tensões, paradoxos e recomposição

A análise da inscrição material das lutas por direitos, sobretudo sociais, políticos e econômicos, não pode deixar de reconhecer a existência de uma dimensão de gênero. A dimensão de gênero como elemento de análise dos direitos permite perceber, por exemplo, que a conquista de direitos em geral é tardia para as mulheres quando comparada à população como um todo. As mulheres passaram a votar no Brasil[2] décadas após os homens; as mulheres passaram

2 Em 3 de maio de 1933, na eleição para a Assembleia Nacional Constituinte, a mulher brasileira pela primeira vez em âmbito nacional votou e foi votada. Nas eleições municipais de 2012, apenas 13,3% dos vereadores eleitos eram mulheres e menos de 12% eram prefeitas. Para mais detalhes, consultar: <http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2013/Marco/ha-80-anos-mulheres-conquistaram-o-direito-de-votar-e-ser-votadas>.

a figurar na cena política (partidária, sindical, etc.) só muito recentemente, e mesmo assim a proporção é muito desigual. As carreiras acadêmicas de maior relevância social e econômica foram até pouco anos atrás reserva exclusiva dos homens: engenheiras, advogadas, juízas, médicas, entre outras, hoje em proporção mais equânime, eram atividades exclusivas dos homens. As mulheres, pela cultura do machismo, foram impedidas de ir à cena pública, pois estavam destinadas ao espaço privado: do lar e recatadas, destinadas à reprodução da família, zelar por ela, cuidar do marido e se bastar nisso.

Mas as lutas do século XX colocaram as mulheres em outro lugar na política e na economia, alterando profundamente relações sociais, familiares e comportamentos sexuais. O planejamento familiar como expressão de direitos sexuais e reprodutivos, a proteção por políticas públicas contra a violência dos machos, o rompimento de padrões de comportamento que produziam isolamento na esfera privada, são exemplos da inscrição de novos direitos.

Em relação à saúde como direito, as mulheres são, primeiramente, quase que reduzidas à sua dimensão reprodutora e, por consequência, a oferta mais significativa é a assistência em âmbito materno-infantil. Isso implica reconhecer que a mulher demanda atenção e cuidado em saúde, sobretudo por necessidades advindas de sua condição de reprodutora e cuidadora das crianças, à qual está associada umbilicalmente pela expressão materno-infantil. Essa situação é revertida pelas lutas das mulheres, que passam a interferir na formulação de políticas, alargando-as. Nessa direção, já no final dos anos de 1980 e começo dos anos 2000, com a formulação, por exemplo, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, são incorporados eixos e estratégias que consideram a integralidade da mulher e as repercussões na saúde de sua complexa inserção social. Entretanto, esse alargamento, que considera a mulher como ser integral, trouxe como efeito secundário certo desmerecimento com a atenção ao parto, afastada do centro das lutas e reivindicações diretas dos movimentos feministas. E mesmo na gestão do SUS, o modelo de atenção parto e suas repercussões sanitárias não encontraram, pelo até o fim da

primeira década dos anos 2000, proposições com potência de inverter o modo de organização e a qualidade das ofertas assistenciais.[3]

A secundarização dessa agenda não pode, obviamente, ser imputada à negligência dos diversos movimentos das mulheres com a questão obstétrica. O declínio a essa pauta, entre outros, pode ser avaliado como forma de resistência e luta contra à construção bioidentitária da mulher como ser destinado à reprodução, tão presente nas formulações do sistema de saúde. As políticas de saúde e suas estratégias reduziam a mulher à dimensão reprodutora, logo buscar isolar essa dimensão pode ser entendido como ação de resistência à redução. Mas é exatamente aí que reside o paradoxo.

Direitos sexuais e direitos reprodutivos (DSDR) e nesse âmbito as questões relativas à atenção ao abortamento (de risco, inseguro e ilegal), autonomia da mulher para decidir sobre seu corpo, a feminização da Aids, a luta contra todas as formas de violência, a atenção às doenças crônicas, a atenção integral à população LGBT, saúde das mulheres trabalhadoras, negras, indígenas, privadas de liberdade e tantas outras, foram as pautas mais relevantes. A atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada foi reduzida à resignação, tornando os movimentos feministas insensíveis frente aos abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto, em fragrante violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, segundo a OMS (2014). E a não incorporação dessa agenda nos movimentos feministas fez constituir no campo da atenção obstétrica suas próprias instituições, movimentos e lutas, sintonizadas em torno do parto não violento, que lutam pelo parto e nascimento seguros e humanizados. Mas esses movimentos são minoritários no campo das lutas feministas.

Em 2011, o Ministério da Saúde, após a experiência, entre outros, do Plano de Qualificação das Maternidades das Regiões Norte e Nordeste/PQM (MARTINS et al., 2014), pactuou na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Rede Cegonha (RC). O debate em torno da assistência às gestantes havia

3 O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), embora tomasse a humanização como vetor para orientação das práticas de cuidado, não definiu do que se tratava a humanização, muito menos estabeleceu mecanismos de gestão e governança para a contração de responsabilidades entre gestores e gerentes de serviços.

sido pauta da disputa eleitoral no ano de 2010, sobretudo pelas discussões sobre a improvável redução, até 2015, de dois terços da taxa de mortalidade materna, pactuada como meta Objetivos do Milênio (ODM). A RC, segundo o MS, estava inscrita na política de saúde das mulheres e ganhou ênfase de prioridade, pois as avaliações indicavam que o padrão de atenção ao parto e nascimento no Brasil era inaceitável e incompatível com desenvolvimento econômico e científico-tecnológico do país e do SUS, o que trazia, de um lado, insatisfação das mulheres e, de outro, a lenta redução da taxa de morte materna, em sua grande maioria evitável.

Nos dois primeiros anos de sua implementação, a RC sofreu forte resistência de todos os movimentos de mulheres,[4] à exceção daqueles que atuavam diretamente pela humanização do parto e nascimento. Essa resistência era manifestada pela falta de oferta na mesma proporção pelo Governo Federal, no caso o Ministério da Saúde, mas também a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), gestora do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), de políticas para o enfrentamento, sobretudo das questões relativas ao abortamento. Mas a RC também atualizou nos movimentos feministas o risco de redução das mulheres à sua dimensão reprodutora, avaliando que a equipe do MS estava, como outrora, sendo gerida por retrógrados e obscurantistas.

A perspectiva de atenção integral à saúde da mulher não foi reduzida como política pública pela emergência da RC, ao contrário. À época o Governo Federal, no primeiro mandato de Dilma Rousseff na Presidência, o tema do abortamento estava obstruído, pois a candidata havia assumido posição que não tomaria qualquer iniciativa que sugerisse entrar no debate sobre a descriminalização do aborto. E qualquer discussão que envolvesse

4 Exemplos disso podem ser verificados (i) nas manifestações que ocorreram durante o Seminário Internacional da Rede Cegonha, promovido em 2011 pelo MS em parceria com a OPAS. O Ministro da Saúde à época enfrentou debate em plenária com várias lideranças nacionais que acusavam o MS de "esquentar" uma agenda ultrapassada, esquecendo-se dos verdadeiros desafios da saúde da mulher - abortamento, sobretudo (BRASIL, 2013). Além disso, (ii) quando o MS apresentou proposta de criação de Cadastro Nacional de Gestante de Alto Risco, a exemplo de Cuba, os movimentos sociais acusaram o governo de construir lista de mulheres que caso abortassem seriam legalmente responsabilizadas. Em 2013, (iii) quando o MS, em parceria com a CISMU/CNS, reuniu grande parte das organizações feministas para iniciar a revisão o PNAISM, sofreu duras críticas por ter proposto a Rede Cegonha (BRASIL/MS, 2013).

abortamento irremediavelmente suscitaria essa discussão. Com esse debate obstruído, coube à RC e pela RC construir possibilidades de resistência e avanços também no campo dos DSDR.

Importante ressaltar, como elemento de conjuntura, que a "bancada evangélica" (que presidiu por dois anos a Comissão de Direitos Humanos da Câmara), entre outras forças conservadoras no Congresso Nacional, exercia forte pressão sobre o governo, chantageando e submetendo a constrangimentos[5] parte da equipe tanto do Ministério da Saúde (MS), como da Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e da SPM, toda vez que percebia movimentos desses ministérios em direção a afirmação de DSDR. A RC não só buscou abrir pauta estratégica no SUS, chamando a atenção para a situação obstétrica no país, como pode servir de espaço político-institucional para a preservação de direitos das mulheres na área da saúde. A manutenção e ampliação da contracepção de emergência no SUS; a introdução do teste rápido de gravidez, cujo manual orienta a ação dos profissionais naquelas situações em que gravidez é manifestada como indesejada; a manutenção da compra centralizada de contraceptivos, não facultando às Secretarias Municipais de Saúde a aquisição, que poderia não ser realizada caso o gestor não concordasse com o direito de acesso das mulheres;[6] a compra centralizada e a distribuição para todo o Brasil de material

5 Para ilustrar essa passagem, três exemplos. (i) O autor principal desse artigo, diretor do DAPES entre 2011 e 2014, realizou, a convite da OPAS, visita ao Ministério da Saúde do Uruguai, juntamente a SES da Bahia e do RS, para conhecer, entre outras, as "Iniciativas Sanitárias" (BRIOZZO et al., 2009), estratégia que conseguiu reduzir a zero a mortalidade materna no Uruguai. Durante praticamente dois anos, teve que prestar contas ao Congresso brasileiro, peticionado por vários deputados que exigiam explicações sobre a introdução, pelo MS, da "agenda de descriminalização do aborto no Brasil" (requerimento disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1089210.pdf). (ii) A publicação, em 2012, do Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência, do qual o MS havia imprimido 175.500 mil cópias, foi questionado por deputados pois alegavam que existia 5.770 municípios e umas 40 mil Equipes de Saúde da Família, logo a excessiva quantidade impressa se destinava ao uso deliberado de estimulação "do aborto". (iii) O Governo Federal, cedendo à pressão da bancada conservadora do congresso, retirou do Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM 2013/2015) a expressão "abortamento", o que rendeu enfrentamentos no Conselho Nacional de Políticas para as Mulheres, pois diversas lideranças, a exemplo de parte de dirigentes do MS, não concordavam com essa ação.

6 Parte significativa de secretários e secretárias municipais de Saúde são vinculados as religiões evangélicas e católica, que nem sempre concordam com acesso das mulheres a métodos contraceptivos como DSDR.

para aspiração manual intrauterina (AMIU) e do Misoprostol,[7] são exemplos de ação de resistência institucional no âmbito de gestão da Rede Cegonha.

Mas uma questão que permanecia era por que os movimentos não conseguiam perceber que a agenda em torno das questões obstétricas poderia se constituir não só como possibilidade de enfrentamento de uma grave situação sanitária, mas como espaço de luta para afirmação de agendas prioritárias dos movimentos. Em que pesem aproximações e discussões com o gestor federal, com envolvimento direto do ministro da Saúde, secretário de Atenção, diretor e coordenação-geral da área, como se justifica não se tomar como questão o fato de quase dois milhões de mulheres por ano sendo desrespeitadas em seus direitos na atenção ao parto? Mais que buscar compreender a isso tudo, tratava-se, no tempo político de que se dispunha, de viabilizar agenda política mais consertada possível.

Nessa perspectiva, foram realizadas várias reuniões técnicas, fórum e discussões com os mais diversos movimentos (BRASIL/MS, 2013; BRASIL, 2015), o que permitiu distender a pauta e construir ação mais coesa - mas isso considerando limites e críticas ao governo e aos próprios movimentos. Após sucessivas aproximações, sobretudo com lideranças que ocupavam posição na Comissão Interinstitucional de Saúde das Mulheres do Conselho Nacional de Saúde (CISMU/CNS), foi possível reduzir-se as tensões sem contudo aplacá-las, pois legítimas: governo e movimentos sociais se consorciam em iniciativas, mas não se confundem. As resistências a RC foram em parte dissolvidas porque o conjunto dos movimentos táticos de aproximação com os movimentos feministas levou à diminuição das desconfianças políticas com a equipe dirigente do MS que, se por um lado, não representava exatamente a pauta dos movimentos, de outro, demonstrou que não oferecia riscos para a PNAISM. Além disso, a ampliação das tensões políticas entre o Governo Federal e parte da bancada mais conservadora do Congresso, que buscava inviabilizar ações legislativas de origem do executivo, a exemplo da aprovação do Programa Mais Médicos

7 O Misoprostol é um análogo sintético de prostaglandina E1, que dispõe, entre outros, de ação útero-tônica e de amolecimento do colo uterino, sendo utilizado em obstetrícia para indução de aborto legal, esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal, amolecimento cervical antes de aborto cirúrgico (AMIU ou curetagem) e indução de trabalho de parto (maturação de colo uterino). Mais informações: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf>

(BRASIL, 2013a), alertava que era necessário manter aliança estratégica entre MS e movimentos, sob o risco de retrocessos.

Novo modelo de atenção ao parto como estratégia de empoderamento da mulher: a busca da garantia do direito de ser

O parto e o nascimento foram institucionalizados na modernidade. Até então, fenômenos comunitário e familiar, parir e nascer com segurança passaram a ser sinônimo de eventos exclusivamente hospitalar e uma ação do profissional de saúde, especialmente do médico. A OMS reconhece até os dias de hoje, como indicador de qualidade da atenção ao parto e nascimento entre os países, a proporção de partos institucionalizados. É importante reconhecer que o parto em instituições de saúde reduziu a mortalidade e garantiu o acesso de mulheres e crianças a sofisticadas tecnologias de cuidado. De outra parte, o hospital como local exclusivo de desfecho da gestação, instituição médica por excelência, fez com o parto e o nascimento sofressem efeitos da medicalização (ILLICH, 1975; PASCHE, 2010).

O hospital contemporâneo é uma organização atravessada por diversas instituições, sendo a medicina e sua racionalidade aquela que tem comparecido como força hegemônica na conformação das tecnologias de cuidado e da cultura institucional. A medicina, por sua vez, tem sido apontada, de um modo geral, como capturada pelo fetiche da tecnologia e não tem sido poucas as críticas à sua tendência de tornar os sujeitos objetos e, ao contrário, as doenças, agravos e procedimentos em entidades ontológicas que se autonomizam dos sujeitos, em um processo que pode ser denominado de "ontologização das doenças" (CZERESNIA, 1997).

Na perspectiva de combate ao processo de desumanização nas práticas de saúde e da medicina em especial, vários movimentos têm sido desencadeados tanto no Brasil como em nível internacional. No Brasil, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) foi uma das estratégias adotadas para recompor as práticas de saúde pela introdução e reforço de princípios éticos, buscando garantir a autonomia e protagonismo dos usuários/famílias/comunidades na relação com os profissionais/equipes/instituições de saúde. Além disso, esforços têm sido realizados para a introdução de mudanças na formação

de profissionais da saúde, sobretudo dos médicos, a exemplo da criação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e das recentes mudanças nas diretrizes curriculares da formação médica no Brasil, por conta do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a).

Em que pesem esses movimentos e esforços, as práticas médicas e as instituições de saúde ainda se estruturam e se organizam tomando por referência o saber médico, em geral biomédico, e modelos de gestão fundados em práticas gerenciais hegemônicas (CAMPOS, 2000) que se sustentam sobre premissas como a relação sujeito-objeto (os usuários) e na resistência à inclusão de direitos dos usuários. Não sem razão, Campos e Rates (2009) apontaram que os hospitais são uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças.

Parto e o nascimento são atos fisiológicos, pelo menos a sua grande maioria. Segundo a OMS (2015), em torno de 85% dos partos não necessitam de intervenção médica propriamente dita. A proporção restante necessita de alguma intervenção médica, incluindo a realização de cirurgia. O parto, então fisiológico, quando institucionalizado em serviços de saúde preparados para realizar intervenções, invariavelmente estará sob o risco de sofrer intervenção, então desnecessária. Nessa medida, um vetor de mudança de modelo é a desospitalização do parto e do nascimento.

Segundo o MS, parto normal é "aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências", ou seja, é o parto que tecnicamente não exige intervenção e ela não ocorreu (BRASIL/MS, 2016a). Segundo dados do MS, a taxa de cesáreas no Brasil vem aumentando nas últimas décadas, sobretudo no setor privado, onde alcança a incrível cifra de 85%, mas também na área pública, que já somam 40% do total, em uma média nacional de 56% de partos cesáreos (BRASIL/MS, 2016b). Assim, parte desses partos são aqueles em que ocorreu a intervenção cirúrgica sem indicação técnica (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010) em um fragrante processo de iatrogenia. Não bastasse isso, em boa parte dos locais que realizam partos, não são observadas as boas práticas (OMS, 1996), atentando contra direitos das mulheres e das crianças, bem como desrespeitando a boa técnica validada cientificamente.

Essa realidade coloca as mulheres brasileiras em uma condição paradoxal: a maioria delas deseja realizar o parto normal (DIAS et al., 2008), mas são desencorajadas no decorrer da gestação tanto pela opinião médica, como por narrativas que falam de experiências de parto normal sob condições inadequadas, o que o torna temido.[8] Assim, não só o parto cesáreo é um fato consagrado como prática médica, ao ponto de as organizações médicas não apontarem a sobretaxa de cesáreas como um problema ético,[9] como se incrustou como desejo e vontade das mulheres, em um processo que pode ser associado ao conceito de iatrogenia cultural de Illich (1975).

O parto é uma experiência significativa na vida da mulher. Quando realizado em condições e de forma adequada, pode ser acontecimento de grandes repercussões subjetivas, que vão desde a satisfação pelo prazer proporcionado, até a produção de sentimento de que ela é capaz, logo dotada de capacidade e potência de enfrentar e superar desafios.

O movimento desencadeado no SUS em torno da política pública de qualificação da atenção obstétrica e da saúde das crianças até dois anos, que encontra na estratégia da Rede Cegonha seus componentes técnicos e de gestão, sustenta-se em uma perspectiva utópica: preparar profissionais, instituições e cenários de parto que favoreçam uma experiência digna para a mulher. Tão importante quanto analisar a estratégia em si, que em uma perspectiva formativa nos permitiria verificar seu processo de implantação e sugerir correções e aperfeiçoamentos (CONTANDRIOPOULOS, 1997), avaliamos como de grande relevância para uma política pública dotada da perspectiva ética de considerar e fomentar a autonomia e o protagonismo das mulheres na cena do parto, explorar exatamente os sentidos e as repercussões dessa aposta.

8 Pesquisa *Nascer no Brasil* radiografou a situação do parto e do nascimento no país. Parte de seus resultados estão publicados no Caderno Saúde Pública, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso>.

9 *As Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*, aprovado pelo MS em 2016, e que disciplina o parto cirúrgico no Brasil, referendado entre outros pelo FCM e a ABENFO, demorou praticamente dois anos para ser elaborado e não tomou a indicação técnica como absoluta, podendo a mulher decidir por ele desde que se responsabilize sobre eventuais complicações. Na prática, esse PCDT corre o risco de não alterar de forma significativa a realidade brasileira, haja vista que as mulheres são ao longo da gestação desencorajadas a realizar o parto normal.

Nessa perspectiva, um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, em curso no Brasil, se apresenta como estratégia que tem uma dupla finalidade: (i) assegurar direitos e a realização de boas práticas, garantindo o acesso das mulheres às melhores tecnologias[10] de cuidado; e (ii) associar-se a outras iniciativas de políticas públicas que têm por horizonte o empoderamento da mulher, que pode ser obtido pela garantia de expressão do que se é – mulher – na cena do parto.

Nasce, além da criança, uma nova mulher: o sentido libertário do parto humanizado

É bem provável que alguns de nós já tenha ouvido, de um homem, companheiro ou marido de uma gestante,[11] expressões à semelhança dessas: "*Eu não sabia que minha mulher é tão forte!*"; "*Nossa!! Como é corajosa!*". Essas narrativas informam sobre reconhecimento. E isso não é banal, nem sem importância. A mulher na cultura machista, que se alastra por séculos, tem sido colocada em papel secundário e em relação ao homem em posição inferior. Em que pesem modificações importantes nessa concepção nas últimas décadas, o desmerecimento, o rebaixamento e a desqualificação são condições atribuídas à experimentação do mundo desde a condição de ser mulher.

É importante, nessa medida, questionar e desconstruir esses adjetivos atribuídos às mulheres pela cultura machista e substituí-los por outros, que informam novos valores, permitindo a emergência de uma nova ética nas relações de gênero. Tarefa complexa, sem dúvida.

O Estado laico brasileiro,[12] nas últimas décadas tomou a questão da desigualdade e iniquidade de gênero como uma questão importante para o

10 O conceito de tecnologias em saúde não pode ser restrito à sua dimensão material. Tecnologias em saúde, além de expressão material na forma de equipamentos e insumos médicos, se estruturam e comparecem na forma de saberes (clínicos, da Saúde Coletiva, da Epidemiologia, das ciências humanas, etc.) e também como modos de relação que se estabelecem entre sujeitos tanto em situação de trabalho, como em relação de cuidado, adquirindo, portanto, dimensão imaterial.

11 Usamos esse exemplo convencional sem desconhecer a existência de outras formas de configuração familiar.

12 Assim, constitucionalmente está constituído o Estado brasileiro. Todavia, é mister reconhecer que cotidianamente esse conceito e preceito não é verificado e a ascendência de ideias e concepções religiosas comparece no funcionamento, por exemplo, em órgãos públicos em todos os poderes, em todas as esferas da gestão.

desenvolvimento do país. A criação da SPM, do Conselho Nacional de Políticas para as Mulheres, do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e da SDH,[13] a criação de secretarias estaduais e mesmo municipais de Direitos das Mulheres, a realização de conferências de mulheres, a constituição de políticas públicas específicas, a exemplo do PNAISM, do Programa Mulher Viver Sem Violência (BRASIL, 2013b), o Programa Bolsa Família, que reconhece o papel fundamental da mulher na proteção familiar, as Delegacias da Mulher, e a própria Rede Cegonha, entre outros, são exemplos de que a agenda da mulher ganhou destaque e força nas últimas décadas.

Essa agenda e suas estratégias reconhecem as iniquidades de gênero, que conferem às mulheres vulnerabilidades de todas as ordens. Importante destacar que, além de proteger e garantir a vida das mulheres, essas políticas e programas buscam também produzir efeitos pedagógicos e mudanças culturais. Assim, imagina-se que parte dessas iniciativas deva encontrar dissolvência à medida que seus efeitos atuem sobre mentalidades, possibilitando a criação de uma nova cultura de gênero e do cuidar de mulheres, gestantes e crianças.

Permitir a emergência de outras experiências, que coloquem a mulher no centro, que destaquem a sua condição de igualdade, é fundamental para deslocar do centro hegemônico a cultura machista. E essa é uma ação que pode e deve ser enunciada em medidas políticas que tomam e têm por referência a extensividade do território nacional. Todavia, essas medidas só se fazem concretas quando encarnam em experiências cotidianas em um infinito de possibilidades em cada município, em cada uma de suas instituições, em cada um dos serviços públicos. Assim, da imprescindibilidade do anúncio de iniciativas extensivas (as políticas públicas de abrangência nacional), a mudança da percepção sobre as mulheres depende de ações que ganham contorno em ações cotidianas, as quais têm uma natureza intensiva (PASCHE; PASSOS, 2010).

De pouco resta o anúncio de políticas públicas extensivas inovadoras se elas não forem experimentadas em cada espaço micromolecular. E ali ajustadas

13 Todas essas secretarias, que tinham *status* de ministérios, foram extintas pelo governo interino de Michel Temer. Aliás esse homem, que por força de um golpe destituiu a primeira mulher presidenta do país, constituiu um corpo ministerial sem a presença de uma sequer mulher, o que denota que a agenda de políticas para as mulheres não só não vai progredir, como pode regredir.

às especificidades locorregionais, institucionais e aos modos de experimentar a vida dos sujeitos. E é por isso que os serviços de saúde, e aqui tomando por referência os locais que realizam parto, necessitam dar passagem a outras experiências que acionem o protagonismo das mulheres. Essas experiências devem não só ampliar a potência da vida por se experimentar mulher em plenitude, mas ser presenciadas e testemunhadas por outros: "Não sabia que minha mulher era tão forte!" é uma pequena revolução na mirada de macho sobre a existência da mulher.

Não é pequeno o número de mulheres que se veem, durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, expropriadas de seu corpo e de sua autonomia, por um modelo de medicina que insiste em considerá-las passivas e "imperfeitas". Múltiplas vozes vêm dizendo ao mundo que o parto é uma atribuição feminina, reafirmando a competência das mulheres em parir os homens e mulheres que irão habitar nosso planeta. Desafiando a medicina e os protocolos clínicos, muitas mulheres, hoje, se recusam a pisar nos hospitais para terem seus filhos. Como medida de proteção de sua alma, arriscam seus corpos num ato de coragem que revela, a cada bebê que nasce sem o aparato da biomedicina, que o parto é delas, um momento precioso demais para ser entregue a mãos e olhares descuidados.

Assistimos a este fenômeno protagonizado por mulheres de diferentes crenças e classes sociais, como uma voz coletiva na luta pelo direito de ser - mulher - no parto, evento inscrito na sexualidade e no universo afetivo de cada uma.

As mulheres estão transformando o olhar e o agir da sociedade e das instituições de saúde em relação ao parto a partir de suas experiências singulares, de suas lutas em busca de uma atenção digna, demonstrando aos profissionais de saúde a força e a intensidade que guardam dentro de si. Este intenso evocado por uma mulher plena de suas competências naturais ao parir toca todos os que estão ao seu redor, profissionais e familiares, mobilizando e integrando saberes e sentimentos e possibilitando a produção de outros significados para o viver.

E aqui retomamos a epígrafe que abrimos este artigo: um parto humanizado é uma revolução. Agora temos a condição de dizer que uma revolução não apenas para a mulher, que ali se percebe potência, mas também para aqueles que compartilham e coproduzem a experiência do parto humanizado, que ao

testemunhá-lo e ao narrar o visto e o vivido passam a reconhecer a mulher como ser pleno. Michel Odent[14] certa vez pronunciou que *para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer*, e podemos acrescentar que a luta pela humanização do parto e nascimento também nutre nossa utopia de que podemos mudar esse mundo já em curso. Para isso, devemos nos comprometer como trabalhadores, gestores e cidadãos em propiciar e experimentar novas relações, ancoradas no respeito, no reconhecimento mútuo e na valorização das pessoas.

Um parto realizado em ambiente respeitoso e preparado de forma adequada, com uma equipe implicada e compromissada a não intervir quando a intervenção não é necessária e com a participação consentida pela mulher de sua rede sociofamiliar, guarda em si, como energia e força simbólica de rito de passagem, a possibilidade da mulher ir em direção a uma existência mais plena, autônoma e afirmativa da vida que vale a pena ser vivida. Ser dotado de competências universais, comungadas com todas as demais mulheres, e ao mesmo tempo única e singular, que inscrevem a mulher com a marca indelével do poder da dádiva, do ofertar de si para a prosperidade da vida, e ser de posse de forças vitais e capacidade de resistência, que a tornam apta a construir modos singulares de andar pela vida, que é sempre luta.

Referências

ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013a. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>.

BRASIL. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013b. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm>.

14 Michel Odent: obstetra francês considerado um dos precursores da humanização do parto e do nascimento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 92 p.

BRIOZZO, L. et al. Iniciativas Sanitárias: uma nova estratégia na abordagem do aborto de risco. In: BRIOZZO L.; BEDONE, A.J. (Ed.). *Aborto inseguro:* prevenção e redução de riscos e danos. Campinas-SP: Komedi, 2009.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; RATES, S. Reforma do modelo de gestão no Hospital Municipal Odilon Behrens. In: ARAÚJO, G.F.; RATES, S.M.M. *Cogestão e humanização na saúde pública*: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Ijuí-RS: Editora UNIJUÍ, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área da saúde: concepções e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão*: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, out 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago 2016.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164p.

MARTINS, C.P. et al. Humanização do parto e nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral da Saúde das Mulheres. In: ENCONTRO PREPARATÓRIO DO SEMINÁRIO DE ATUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, 2. *Relatório Final*. Brasília, fev 2013 (não publicado).

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Protocolo. Relatório de Recomendação. Brasília, janeiro de 2016a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. *Diretrizes de Atenção à Gestante*: a operação cesariana. Protocolo nº 179. Brasília, março de 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>.

NASCER NO BRASIL: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração sobre a taxa de cesáreas*. Genebra: OMS, 10 abr 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>.

PASCHE, D.F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Org.). *Ética, técnica e formação*: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro-Seminario-2009-impressao.pdf>.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul-set. 2010. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SDv34n86_completo.pdf>.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/87/showToc>.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, v. 38, n. 10, set 2010. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/completa_outubro_2010.pdf>.

World Health Organization. *Care in normal birth*: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>.

Pruebas, soportes y luchas por el reconocimiento: experiencias migratorias de jóvenes mujeres en barrios populares*

Pablo Francisco Di Leo
Silvia Alejandra Tapia

Introducción

En el marco de dos proyectos financiados[1] y una investigación doctoral[2], buscamos analizar las regularidades y las heterogeneidades presentes en las experiencias, problemáticas, procesos de vulnerabilidad y de cuidado de jóvenes en barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina. Retomando las propuestas de las sociología de la individuación, nuestro trabajo pretende visibilizar la diversidad de situaciones y las interconexiones complejas y,

* Os autores elaboraram este texto exclusivamente para exposição na mesa-redonda "Violência institucional, direitos humanos e redes de políticas públicas: desafios, dilemas e alternativas para a integralidade do cuidado à mulher", no XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, na celebração dos 10 anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman e do IV Encontro da Incubadora da Integralidade, realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. O evento, cujo tema central foi "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", contou como apoio de: Japan International Cooperation Agency (ICA), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), Escola de Enfermagem da UFMG, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz; Grupo de Estudos em Saúde Coletiva – GESC / UFRGS, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde: contextos, trajetórias e políticas públicas (FASA, ISC/UFBA), Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; Universidade de Brasília, Faculdades de Medicina e Comunicação da Universidade Federal do Acre e Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

1 Proyectos: UBACyT 2010-2012 GEF 20020090200376; UBACyT 2013-2015 GEF 20020120200171BA. Financiados por: Universidad de Buenos Aires (UBA). Director: Pablo Francisco Di Leo - Codirectora: Ana Clara Camarotti. Sede: IIGG, UBA.

2 Título provisorio de tesis: *Cuerpos, emociones e individuación: un análisis de las experiencias de jóvenes que realizan prácticas corporales artísticas y deportivas en barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires*. Doctorado de la UBA en Ciencias Sociales. Tesista: Silvia Tapia. Financiada por: CONICET. Director: Pablo Francisco Di Leo - Codirector: Danilo Martuccelli. Sede: IIGG, UBA.

hasta contradictorias, en que constituyen sus identidades y sus experiencias sociales, deshaciendo la madeja de los acontecimientos que ponen en acto los momentos donde sus existencias son efectivamente –ya sea de manera implícita e indirecta o de manera explícita y directa– atravesadas por lo social (DI LEO; CAMAROTTI, 2013).

Para abordar las complejas vinculaciones entre lo individual y lo social en los procesos de individuación, retomamos la noción de *prueba* utilizada por Danilo Martuccelli (2007) articulando dos niveles analíticos: a) el examen de las formas efectivas a través de las cuales los individuos dan cuenta de sí mismos, con los discursos con los que disponen sobre sus vidas; b) una representación analítica, a distancia de las historias concretas, dirigida a construir herramientas que permitan poner en relación los fenómenos sociales y las experiencias individuales. Esta categoría permite poner en relación las condiciones y cambios sociales o históricos y la vida de los actores.

Para la construcción de datos empíricos utilizamos las técnicas de la entrevista en profundidad y la escritura de relatos biográficos, ya que consideramos que a partir de éstas podemos tener una mejor aproximación a los procesos de construcción de las identidades y las experiencias sociales de los sujetos. Para el análisis de los datos construidos seguimos los lineamientos generales de la teoría fundamentada, utilizando como auxiliar el software Atlas ti (DE GIALDINO, 2007; LECLERC-OLIVE, 2009).[3]

En el presente trabajo nos centramos en el análisis de los relatos de cinco jóvenes mujeres, de entre 16 y 20 años, que residen en barrios populares del AMBA, que –en forma personal y/o sus padres– vivieron experiencias migratorias desde Paraguay. Cabe aclarar que, si bien no se encontraba dentro de los objetivos específicos de nuestros proyectos el estudio de la migración paraguaya en Argentina, durante nuestro trabajo de campo varias de las jóvenes entrevistadas señalaron a las experiencias migratorias dentro de los acontecimientos más importantes de sus vidas. Por ello, en este artículo, entre las

3 Durante todo el desarrollo del trabajo de campo, el análisis y la presentación de resultados respetamos los criterios éticos de investigación exigidos por las normas de la Declaración de Helsinki para preservar el anonimato, la identidad y la integridad moral, social, psicológica y cultural de los sujetos. Por ende, aquí reemplazamos los nombres de las jóvenes entrevistadas por pseudónimos.

diversas dimensiones que componen el complejo fenómeno de las migraciones, nos centramos en aquellas vinculadas a los procesos de individuación y las experiencias biográficas juveniles en barrios populares.

En primer lugar, abordamos las tensiones presentes en la prueba migratoria, entre los proyectos individuales y familiares, los vínculos afectivos y las condiciones estructurales de los países de origen y destino. Luego nos centramos en las vivencias y las tácticas de las jóvenes migrantes en sus luchas por el reconocimiento frente a diversas situaciones de discriminación y estereotipación vividas en espacios públicos y privados. En la sección final proponemos una articulación entre las categorías presentadas y reflexionamos sobre los posibles aportes de la sociología de la individuación y el enfoque biográfico para la visibilización y abordaje integral –desde la investigación, organizaciones sociales, instituciones y políticas estatales– de los procesos de vulnerabilidad de jóvenes migrantes en barrios populares.

La migración como prueba: tensiones entre soportes y coacciones

En los relatos de las jóvenes migrantes entrevistadas el inicio de las experiencias migratorias propias y familiares son significadas como puntos de inflexión biográficos, pruebas sociales asociadas a diversas condiciones que son destacadas como necesarias e incluso, inevitables en el marco de sus contextos de vida. Así, para Solanch, su nacimiento provoca la necesidad de que sus padres –padre paraguayo y madre argentina– decidan casarse. En función de un plan ya contemplado por su padre de dejar Paraguay, eligen iniciar su vida como familia en Argentina:

> Mi mamá viajó a Paraguay con las hermanas y se conocieron allá. Mi papá tenía 21 y ella tenía 16 [...] mi papá ya tenía pensado venir a vivir acá y después conoció a mi mamá, mi mamá quedo embarazada. Mi papá iba a tener otro hijo, se iba a casar, pero la dejó a la novia por mi mamá y se casó con ella, pero mi papá estaba enamorado de mi mamá (Solanch, 20 años, 2 hijas, separada).

En algunos casos tales condiciones expresan contradicciones entre los deseos de abandonar el lugar de origen o de retornar a éste, que manifiestan las posibilidades o limitaciones para tomar decisiones debido a su edad, sexo, al lugar que ocupan en núcleo familiar o las oportunidades que se observan en el lugar de origen y

de destino para el desarrollo personal. Así, la presencia de vínculos familiares se perciben como *soportes*[4] legítimos y necesarios para entablar la transición a un lugar al que se atribuye la potencialidad de crecimiento y futuro; pero, al mismo tiempo, las expectativas de padres y hermanos actúan como mandatos familiares que operan sobre las decisiones personales y se mantienen más allá de las distancias físicas y temporales. En el caso de Vicky, su madre en busca de oportunidades laborales viaja a Buenos Aires y forma una familia, dejando una hija en su país de origen, con la cual no mantendrá contacto:

> Vino acá para empezar a trabajar porque tiene una hija allá [en Paraguay], o sea, con otro señor. A la hija la dejó con mi abuela. Vino acá, empezó a trabajar, después de un tiempo conoció a mi papá, le gustó, se enamoró (Vicky, 20 años, estudiante universitaria, soltera y sin hijos).

Estas trayectorias migratorias advierten la diversidad de experiencias familiares que sostienen lazos tras los flujos migratorios y las fronteras actuando como redes de contención y de minimización de riesgos en las transiciones entre lugares de origen y de destino. No obstante, ello no supone un total desdibujamiento de las relaciones de poder familiares, sino que implican, a su vez, la presencia de conflictividades y de patrones vinculados a la ubicación etaria y de género al interior de las familias, que habilitan u obstaculizan las posibilidades de negociación y de realización de determinados proyectos para cada uno de sus integrantes. El abordaje de los procesos migratorios permite, de este modo, problematizar las concepciones naturalizadas acerca de la maternidad y la familia sostenidas en expectativas de género estereotipadas. La migración femenina no es un fenómeno novedoso y su invisibilización histórica en los estudios migratorios ha sido problematizada por las teorías feministas y los enfoques de género que han puesto de manifiesto la distinción entre la diversidad de experiencias, evitando homogeneizar trayectorias en función del género (GORDONAVA, 2008; MAGLIANO, 2009).

4 Los *soportes* son definidos por Martuccelli (2007) como 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. No están siempre bajo el control de los sujetos, funcionando –principalmente en el caso de los soportes relacionales– en la medida en que permanecen bajo un umbral de conciencia. Algunos soportes, especialmente los simbólicos, se presentan en la intersección entre los mundos interior –funcionando como autosostén personal– y exterior, objetivándose como un apoyo externo al individuo.

Existen, además, otras condiciones que fuerzan la movilidad propia y de otros integrantes del núcleo familiar que no refiere sólo a cuestiones económicas. En el caso de Yael, otra de las jóvenes entrevistadas, para escapar de la violencia física y emocional ejercida por su padre contra su madre, deciden trasladarse a otro país. Para ella esto, sin embargo, implicó la pérdida de su documentación –que fuera destruida por su padre para evitar su salida del país– y las subsiguientes dificultades para el acceso a la educación y a recursos tales como subsidios a los que podría aplicar ante su situación de embarazo:

> [...] yo tengo problemas, porque soy paraguaya, no tengo documento. Entonces a mí se me hace complicado por eso, solamente tengo la partida y ahora con el documento nuevo tengo que hacer los papeles [...] Ahí en la villa hay una sede que vendría a ser todo de documento extranjero y pregunté, bah, fui con mi mama, y le dijeron que si yo tenía mi papá allá que consiga, que trate de conseguir el número de él y que le pida alguno de los requisitos, o sea que él me lo haga desde allá y que después me lo mande él, pero mi mamá no tiene ningún trato con él. Él quiere que yo me vaya a vivir con él allá para que me lo haga y yo no me quiero ir a vivir allá (Yael, 18 años, primaria incompleta, no estudia ni trabaja, convive con su novio y la familia de él, embarazada de su primer hijo).

En este relato se describen aspectos de los procesos administrativos que establecen importantes dificultades para la gestión de la documentación, que actúan más bien como mecanismos restrictivos que viabilizadores del acceso a derechos en el proceso migratorio, barreras vinculadas a procesos políticos y administrativos, aún vigentes en el contexto argentino, que obstaculizan el ejercicio de derechos (HALPERN, 2009; MIRANDA, 2013). En este punto, resulta pertinente considerar estos mecanismos en términos de una *restricción de la ciudadanía*:

> [...] la denegación de la documentación personal, los obstáculos formales, jurídicos o administrativos, para el goce de determinados derechos y las prácticas consuetudinarias que dotan de un sentido restrictivo a las reglamentaciones también producen subjetividades, aunque no precisamente sujetos de derecho, también otorga *status*, si bien no el *status de ciudadano* y, por lo anterior, también define pertenencias, aunque en este caso desviadas, malogradas, negadas (CAGGIANO, 2005, p. 41).

En consecuencia, las posibilidades de movilizarse plantean para los individuos nuevos desafíos ante la necesidad de transitar por nuevas instituciones políticas y legales, sus poderes regulatorios y sus mecanismos de inclusión/exclusión, que se multiplican junto a los espacios por los que atraviesan en los procesos migratorios. Ahora bien, los tránsitos entre lugares de origen y de destino no se producen de una vez y para siempre, ni significan un corte definitivo con las relaciones en el país de origen una vez migrado. Las opciones para migrar no se restringen a un único momento en el tiempo y en la determinación de una trayectoria lineal definitiva. Estos procesos adquieren una complejidad biográfica como pruebas que los individuos deben afrontar. La movilidad se presenta como alternativa en distintos momentos de sus vidas e implican la evaluación de sus alcances y limitaciones, así como los soportes materiales, afectivos y simbólicos con los que cuentan para transitarla.

En los relatos de Yael, al referirse al interés actual de su padre en su vuelta a Paraguay para que viviera con él –lo cual facilitaría la gestión de su documento– no se considera una opción válida para retornar al lugar de origen. Aun cuando pudiera significar la obtención de un recurso sumamente necesario, la experiencia vivida con su padre se asocia a aspectos negativos que le quitan legitimidad y anulan una posible afectividad con un vínculo que supone cuidado y protección, simbolizando, en cambio, una experiencia traumática para ella y su madre.

En el relato de Daniela, la llegada a Buenos Aires significa una experiencia doblemente satisfactoria. Por un lado, por las características que la ciudad presentaba para ella pero, sobre todo, por tratarse del lugar de reencuentro familiar tras un período en que ella, sus hermanos y su madre permanecieron en Paraguay, mientras su padre había migrado a Buenos Aires en búsqueda de trabajo:

> Pensé que era un lugar así re lindo, todo, cuando venía miraba todo, estaba re contenta. [...] estaba contenta de ver a mi papá. Bah, mi papá fue a buscarnos allá y cuando lo vimos nos pusimos re contentas, todas nos pusimos a llorar. Después de ahí nos trajo para acá (Daniela, 16 años, secundario en curso, convive con su novio y la familia de él, embarazada de su primer hijo).

Las imágenes positivas que se vinculan a los lugares de destino se enfrentan de manera simultánea con experiencias que resultan menos satisfactorias para

estas jóvenes, asociadas por ejemplo a las condiciones de vida en las que se inicia la residencia en Argentina. Como relata Nora acerca de la llegada a Buenos Aires junto a su familia:

> [...] cuando apenas llegamos dormíamos todos juntos. Éramos mi hermano, yo, mi papá y mi mamá. Dormíamos todos en una cama, todos apretados. Después nos fuimos acomodando… (Nora, 19 años, secundaria incompleta, empleada, soltera, sin hijos).

Entre los distintos significados vinculados a los lugares de origen y destino se advierten construcciones de imágenes diversas, incluso planteadas como opuestas entre sí, que varían entre los momentos previos a la realización de los viajes y las vivencias posteriores en los sitios de destino. Tales significaciones parecen actuar, de este modo, como soportes simbólicos que contribuyen a dar sentido a las decisiones tomadas en el marco de la experiencia migratoria.

Las miradas de los otros como prueba: discriminación, vergüenza y reconocimiento

La mayoría de las jóvenes migrantes entrevistadas relatan diversas experiencias de *discriminación* y *estereotipación*[5], vividas como acontecimientos traumáticos en distintos momentos de sus biografías, en espacios públicos y privados. Tales experiencias constituyen para estas jóvenes una prueba permanente, frente a la cual deben desplegar diversas tácticas orientadas, sobre todo, a lograr su "integración" en dichos contextos, a ser reconocidas como integrantes plenas de la sociedad. En los diferentes escenarios sociales e institucionales en los que desarrollan sus procesos de individuación las jóvenes están permanentemente atentas a las señales, tanto discursivas como corporales, de aprobación, estigmatización o humillación de los otros. En el primer caso, los sujetos se sienten respetados, ontológicamente confirmados, reforzando su autoconfianza y habilitando mayores márgenes de libertad y autonomía. En

5 La *estereotipación* consiste en un proceso cotidiano de naturalización de las diferencias entre individuos o grupos, que va marcando una distancia simbólica y, en algunos casos, física, entre "nosotras/os" y "ellas/os-las/os otras/os". La *discriminación* responde a una lógica elusiva, dirigida a esquivar o saltarse las propias insuficiencias para denostar a los otros, adhiriendo a tipos sociales construidos culturalmente, a los que se les adscriben como naturales ciertos rasgos socialmente negativizados y justificando, directa o indirectamente, diversos tipos de violencias sobre aquellos que los poseen (REINOSO; THEZÁ, 2005).

la situación contraria –especialmente cuando la discriminación o el desprecio es protagonizado por otros significativos como familiares, parejas, amigos o agentes de instituciones públicas como la escuela o la policía–, las jóvenes experimentan la negación del reconocimiento como individuos y miembros plenos de la comunidad, invisibilizadas, disminuidas en sus derechos, libertades y autonomía (HONNETH, 1997).[6]

El sentimiento de vergüenza en relación al uso de la lengua –u otras dimensiones centrales del sí mismo– genera fuertes marcas en las subjetividades de jóvenes migrantes como Nora, especialmente cuando participan en espacios públicos como el escolar:

> Porque encima me costaba hablar en castellano, es como que hablaba un pedacito en guaraní y un pedacito en castellano. Y en el colegio me costaba bastante, también, [...] pero trataba de no hablar mucho. Igual en el colegio yo siempre fui muy tímida. No sé, no me ponía a hablar con cualquiera o… no era muy sociable. Era muy introvertida, me tragaba todo… (Nora).

Tal como ya analizara a inicios del siglo XX Georg Simmel (1938), la *vergüenza* es una emoción netamente social, experimentada corporalmente por los individuos, especialmente los subordinados, en las interacciones cotidianas. Surge cuando las miradas de los otros –interiorizadas en el sí mismo– señalan al sujeto algún aspecto de su corporeidad que sale del marco socialmente dominante, generando así una forma de sanción simbólica que provoca un conflicto al interior del yo. Según los análisis de Anthony Giddens (1991), la vergüenza, a diferencia de la culpa, es un estado de angustia público que afecta el relato por el cual un individuo mantiene una biografía coherente, corroyendo así su seguridad ontológica, su autoconfianza. Por ello, como ocurre en la experiencia narrada por Nora, en general los sujetos, por temor a la vergüenza, buscan ajustarse a las normativas impuestas, modificando las características de su personalidad señaladas por los otros como socialmente inadecuadas –en este caso, el uso del castellano combinado con el guaraní.

Como surge de estas experiencias, la búsqueda del respeto, el reconocimiento de los otros, ocupa un lugar central en los procesos de individuación, especialmente

6 En otro trabajo, Di Leo (2011) analiza experiencias similares en distintos contextos de sociabilidad juvenil urbanos.

entre las jóvenes migrantes que viven en barrios populares. Buscando visibilizar la dimensión política de la sociabilidad interindividual, Martuccelli (2007, p. 205) propone analizarla en relación a los diferentes *regímenes de interacción* –dependientes de marcos histórico-sociales más amplios– que definen "el estado ficticio de los interlocutores desde la raíz misma de la interacción". Este nivel de análisis implica considerar la dimensión imaginaria y emocional de lo político en la modernidad, fundamento de las diversas caracterizaciones ficticias del individuo que están presentes en toda interacción social. Las identidades y las experiencias personales requieren de la aceptación intersubjetiva, del respeto de sí por otro. Por ende, la negación de dicha confirmación social puede generar en los sujetos una sensación de inexistencia. El autor analiza tres grandes regímenes de interacción, originados en distintas etapas de la historia política de occidente y con una fuerte presencia en la actual fase de la modernidad:

a) *Jerarquía*: el individuo es concebido como entregado enteramente –en cuerpo y alma– a la colectividad por la fuerza de las tradiciones y las creencias comunes, debiendo subordinarse al mantenimiento de los principios sociales de división y gradación.

b) *Igualdad*: esta ficción, propia de la democracia moderna, pone como centro los derechos universalizables y concibe al individuo como un ciudadano sin pertenencia, buscando traducir todas las diferencias y desigualdades a partir de conceptos universales.

c) *Diferencia*: durante la modernidad, especialmente en su etapa actual, los individuos se resisten a desprenderse de sus atributos personales o comunitarios –étnicos, culturales, nacionales, religiosos, estéticos, de género y generación–, manifestando una voluntad creciente de "expresión de las diferencias y de su reconocimiento público":

La extensión del proceso de individuación se acompaña de un deseo de afirmarse en el espacio público, de ser reconocido por "lo que se es", a fin de lograr una armonía existencial entre nuestro interior y nuestra percepción por los otros (MARTUCCELLI, 2007, p. 212).

Estos regímenes –y las heterogéneas formas de respeto asociadas a cada uno– se presentan con diversas intensidades, combinaciones y tensiones en cada contexto histórico-social y en cada interacción intersubjetiva. Los procesos de estigmatización y discriminación presentes en nuestra sociedad se vinculan a la persistencia del régimen de integración jerárquico. La nacionalidad, la lengua materna, las características físicas, étnicas o culturales muchas veces funcionan como principios de división y gradación naturalizados, interiorizados y reproducidos cotidianamente en las interacciones entre agentes e instituciones (GRIMSON, 2005).

Por otro lado, desde hace varias décadas existen en Argentina múltiples organizaciones e instituciones, tanto políticas como culturales, que nuclean a inmigrantes de países de la región –especialmente, bolivianos, paraguayos y peruanos–, generando acciones que facilitan los trámites migratorios y de residencia, la conformación de redes de ayuda socio-laborales y, fundamentalmente, permiten mantener y reivindicar –a partir de múltiples actividades religiosas, deportivas, políticas, culturales y mediáticas– sus "identidades nacionales". Así, mediante diversas tácticas, estos actores colectivos luchan por el reconocimiento social y político de sus diferencias en una sociedad que los estigmatiza, invisibiliza y margina (CAGGIANO, 2005; GRIMSON, 2005; HALPERN, 2009).

Sin embargo, coincidiendo con los resultados de la reciente investigación coordinada por Ana Miranda (2013), en los relatos biográficos de las jóvenes entrevistadas no se menciona su participación en organizaciones de la colectividad paraguaya o prácticas encaminadas a mantener y expresar sus identidades nacionales. Por el contrario, como desarrollamos arriba, narran experiencias de discriminación y vergüenza vividas como problemas personales, frente a las cuales despliegan diversas tácticas individuales, buscando borrar sus diferencias para ser reconocidas como iguales frente a los otros integrantes de la sociedad receptora.

Reflexiones finales

Las experiencias migratorias de las jóvenes entrevistadas se vinculan especialmente a trayectorias y expectativas familiares que facilitan significativamente el acceso y permanencia en el lugar de destino, pero que se

registran a su vez como mandatos acerca de lo que resulta conveniente para ellas y su futuro. Los vínculos familiares, aunque pudieran favorecer el afrontamiento de la prueba que plantea el tránsito migratorio, no necesariamente pueden ser reconocidos por las jóvenes como soportes legítimos cuando tales vínculos se asocian a situaciones de abandono y de violencia.

Con respecto a los lugares de destino, éstos tienen mayormente una carga positiva sustentada en las oportunidades educativas, laborales y personales que brindan. Sin embargo, al mismo tiempo presentan obstáculos legales, políticos y sociales que dificultan el acceso a derechos y que funcionan como prueba frentes a las cuales estas jóvenes deben apelar a diversas tácticas y soportes afectivos y simbólicos que les permitan mantener su seguridad ontológica y transitar por instituciones y grupos sociales.

Las experiencias de discriminación y estigmatización constituyen pruebas que deben afrontar las jóvenes migrantes en distintos momentos de sus biografías. Son vividas como violencias –fundamentalmente simbólicas– que les niegan uno de los principales soportes existenciales: el respeto o reconocimiento intersubjetivo. El sentimiento de vergüenza, experimentado en el cuerpo frente a las miradas despectivas de los otros, provoca un conflicto en el yo, corroyendo su seguridad ontológica y llevando en muchos casos a la interiorización de las normas dominantes y a la búsqueda de adecuación a las mismas de aspectos esenciales del sí mismo, como la lengua materna.

En síntesis, las jóvenes migrantes que viven en barrios populares atraviesan en sus vidas –muchas veces de manera simultánea– múltiples pruebas, situaciones de vulnerabilidad configuradas por el cruce entre sus características personales –psicológicas, afectivas, corporales–, sus vínculos –familiares, parejas, amigos, vecinos– y las condiciones institucionales y estructurales –económicas, políticas, sociales, legales, educativas, culturales– de los países de origen y de destino. Frente a estas situaciones despliegan diversos tipos de soportes –afectivos, materiales o simbólicos– que les permiten sostenerse en el mundo y proyectar sus vidas.

El abordaje analítico y práctico de los relatos biográficos puede contribuir a la disputa simbólico-política alrededor de las definiciones y vinculaciones entre jóvenes mujeres y migraciones. Visibilizar las continuidades y heterogeneidades presentes en sus experiencias migratorias, en sus procesos de individuación y

de vulnerabilidad, identificando cuáles han sido las pruebas con las que se relacionan, los soportes movilizados frente a las mismas y los regímenes de interacción en los que se enmarcan, puede constituir un valioso recurso para la generación y desarrollo de políticas públicas democráticas e integrales –a nivel local y regional– dirigidas a disminuir las vulnerabilidades de las jóvenes migrantes en barrios populares, favoreciendo el acceso y apropiación del derecho de *ser* en sus luchas por el reconocimiento.

Referencias

CAGGIANO, S. *Lo que no entra en el crisol. Inmigración boliviana, comunicación intercultural y procesos identitarios*. Buenos Aires: Prometeo, 2005.

DE GIALDINO, I.V. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa.* Buenos Aires: Gedisa, 2007.

DI LEO, P. F. Violencias, sociabilidades y procesos de subjetivación: un análisis de sus vinculaciones en experiencias de jóvenes en tres ciudades de Argentina. *Persona y Sociedad*, Santiago de Chile, v. XXV, n. 3, p. 53-76, 2011.

DI LEO, P. F.; CAMAROTTI, A. C. (Eds). *"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.

GORDONAVA, A.R.H. España en el itinerario de Bolivia. Migración Transnacional, Género y Familia en Cochabamba. En NOVICK, S. (Comp.). *Las Migraciones en América Latina: Políticas, Culturas y Estrategias.* Buenos Aires: CLACSO, Catálogos, Asdi, 2008. p. 93-112.

GRIMSON, A. *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires.* Buenos Aires: Eudeba, 2005.

HALPERN, G. La diáspora y el Paraguay territorial. *Miradas en movimiento*, v. 1, p. 2-40, 2009.

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*, Ciudad de México, n. 8, p. 1-39, 2009.

MAGLIANO, M.J. Migración, género y desigualdad social: la migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 349-367, 2009.

MARTUCCELLI, D. *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada, 2007.

MIRANDA, A. (comp.). *Ahata Che: juventud, migración y género en el corredor Paraguayo-Argentino*. Buenos Aires: Flacso Argentina - ONU Mujeres, 2013.

REINOSO, A.; THEZÁ, M. Dimensiones de la discriminación: algunas figuras y fisuras de la otredad. *Observatorio de Juventud*, Santiago de Chile, n. 1, p. 7-12, 2005.

SIMMEL, G. *Cultura Femenina.* Buenos Aires: Espasa-Calpe, 1938.

Ativismo e itinerários na luta pelo direito ao cuidado integral em saúde em duas experiências de cronicidade: doença falciforme e leucemia mieloide crônica*

Clarice dos Santos Mota
Leny Alves Bomfim Trad
Yeimi Alexandra Alzate López
Altair dos Santos Lira

Introdução

As enfermidades crônicas têm-se constituído como um desafio para a medicina, para os sistemas, serviços e profissionais de saúde e, especialmente, para as pessoas que as enfrentam, exigindo novas formas de abordagem e de cuidado. Diferentemente de condições agudas, as condições crônicas são persistentes ou incuráveis, podendo durar anos ou mesmo acompanhar o sujeito durante toda sua vida. Deste modo, o cuidado a estas pessoas exige mais que técnicas apuradas e avanços tecnológicos. Requer também o olhar sobre as experiências dos sujeitos acometidos pela doença, os quais são chamados a aprender a conviver com a enfermidade.

Estudos socioantropológicos que abordam experiências e repercussões das doenças crônicas têm visibilizado o caráter heterogêneo das contingências da vida cotidiana, no enfrentamento da doença por parte dos

* Os autores elaboraram este texto exclusivamente para atender à demanda do XVI Seminário Nacional do Projeto Integralidade e Ciclo de Debates FASA - Edição Região Nordeste, que teve como tema central "Vulnerabilidade, Direito Universal à Saúde e Mobilização Social". O evento foi realizado em 22 e 23 de outubro de 2015 na cidade de Salvador, BA, e contou com apoio de FASAISC- UFBA/ LAPPIS. A pesquisa que deu origem ao texto foi financiada pelo Edital CNPq/MS/ SCTIE/DECIT/ SGEP/ DAGEP/2014.

sujeitos. Os pressupostos e evidências desses estudos evidenciam a importância de compreender como as pessoas lidam com esse caráter "crônico", o que requer, fundamentalmente, a compreensão de como as pessoas elaboram sua forma de entender, representar e conviver com a doença por meio de um movimento dialógico com o contexto sociocultural em que vivem (CANESQUI, 2007). Neste sentido, mais que descrever a trajetória vivenciada pela pessoa com doença crônica, torna-se fundamental considerar a experiência desta pessoa dentro do contexto social no qual ela está inserida (ALVES; SOUZA, 1999), bem como a experiência coletiva dos que vivem com o agravo.

Um aspecto especialmente relevante para compreender a experiência da cronicidade diz respeito aos itinerários percorridos e recursos mobilizados pelos sujeitos e/ou sua rede de apoio na busca de cuidado, de modo a fazer frente aos problemas derivados da sua condição. Diversos estudos acerca do itinerário terapêutico (IT) partem da consideração de que os indivíduos buscam diferentes formas e espaços de cuidado para a resolução de seu sofrimento e aflição (ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006, dentre outros). Esses autores destacam que o IT pode ser entendido como um conjunto de ações, estratégias e projetos de cuidado que têm como objetivo o tratamento de algo tomado como sofrimento.

A busca pelo cuidado no âmbito das doenças crônicas, especialmente entre os grupos que convivem com condições de vulnerabilidade, implica também uma luta permanente pela garantia do direito à saúde, em seu sentido ampliado. No caso brasileiro, trata-se de afirmar a concepção de saúde contida na Constituição Federal, assim como de reivindicar o cumprimento de princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que se traduz em acesso universal e equânime ao cuidado integral. Na realidade das pessoas afetadas por doenças crônicas, se impõe uma luta, cuja pauta não se restringe ao direito ao cuidado integral, de qualidade e humanizado, na qual se destaca o acesso a medicamentos e novas tecnologias. Ela inclui, necessariamente, o combate a processos de estigmatização e formas diversas de discriminação, que costumam ser recorrentes entre pessoas que convivem com doenças crônicas.

Estamos diante, portanto, de um grande desafio que requer de uma parte, sujeitos ativos e empoderados dispostos a lutar por esse direito e, de outra,

o compromisso coletivo com o respeito aos princípios do SUS e com sua consolidação, com especial destaque para gestores e demais profissionais de saúde. No bojo da mobilização social em saúde, notadamente entre grupos afetados por doenças crônicas, destacam-se um tipo peculiar denominado de movimentos corporificados em saúde (Embodied Health Movements - EHM), que emergem da constatação dos limites da ciência médica para problemas de saúde persistentes (MORELLO-FROSCH et al., 2006; BROWN et al., 2011).

Segundo Brown et al. (2011), os movimentos sociais corporificados emergem do ativismo leigo, das experiências corporais compartilhadas, sentimentos compartilhados de luto, bem como experiências de discriminação e estigmatização decorrentes de um agravo. São pessoas, conforme ressaltam os autores, que em geral passam a vida utilizando o serviço de saúde e tendo que lidar cotidianamente com o mundo médico, o que acaba por gerar uma reflexão crítica e um olhar avaliativo do serviço. É compreensível, neste sentido, a forte expressão deste tipo de movimento entre coletivos que convivem com o adoecimento crônico, uma vez que este, via de regra, produz transformações no cotidiano do sujeito e de sua família e altera percepções e práticas corporais.

Um exemplo clássico desse tipo de movimento foi o ativismo em torno do HIV/Aids que, do ponto de vista político, inaugura um processo intenso de luta pelo direito à saúde através dos movimentos organizados de pessoas infectadas e familiares. Também o movimento de pessoas com deficiências tem apostado na via do ativismo para conquistar direitos, como medidas de acessibilidade urbana e vagas em concursos. Cabe lembrar, por certo, a importância do movimento feminista na luta, cuja luta pela saúde da mulher, suas críticas ao sexismo e a discriminação de gênero sofrida nos serviços de saúde, levou a Sociologia a refletir sobre essas questões (BROWN et al., 2011).

O modo de atuar desses movimentos desafia tanto os serviços de saúde, quanto a ciência a repensar seus conhecimentos e práticas à medida que questionam fortemente a "*scientization*", processo que designa o papel determinante das evidências científicas para o estabelecimento das respectivas agendas (MORELLO-FROSCH et al., 2006). A crítica à hegemonia da racionalidade biomédica, por exemplo, pode culminar na pressão pela inclusão de terapias alternativas e complementares.

Outro efeito associado à filiação e, sobretudo, características próprias dos EHMs, consiste no desenvolvimento de uma identidade coletiva, gestada graças à conexão cognitiva, moral e emocional que se estabelece em torno de determinado agravo (BROWN et al., 2011). Sempre que esse coletivo reconhece que as forças econômicas e políticas interferem nesse agravo, seja dificultando o acesso a tratamentos, negligenciando ou estigmatizando os acometidos pelo agravo, o problema pessoal passa a ser um problema social coletivo. Na visão de Morello-Frosch et al. (2006), essa identidade representa a intersecção entre a construção social da doença e a experiência pessoal de adoecimento. A partir daí, a identidade coletiva torna-se politizada e o movimento social toma mais corpo.

Esse processo frequentemente ocorre no caso de agravos desconhecidos e/ou negligenciados pelo poder público. Segundo os autores, o empoderamento é elemento-chave nesse processo de transformar uma identidade coletiva politizada em um movimento social eficaz. Não raro, esse tipo de movimento vai buscar apoio também dos familiares, cuidadores e profissionais de saúde para dar apoio às suas causas, fomentando estratégias de *advocacy* (LAVERACK, 2013). Em alguns casos, sujeitos da militância transitam no mundo acadêmico ou até mesmo passam a ocupar espaços importantes de decisão e produção de conhecimento (MORELLO-FROSCH et al., 2006).

Neste capítulo, propõe-se discutir esta forma de ativismo, que se nutre de vivências compartilhadas de experiências corporais e forjam uma certa identidade coletiva, assim como os caminhos percorridos na busca de cuidado, desvelando as imbricações entre itinerários terapêuticos e burocráticos focalizando os casos da doença falciforme (DF) e da leucemia mieloide crônica (LMC). São duas doenças hematológicas e crônicas que representam um desafio para o sistema de saúde e para a vida das pessoas e suas famílias focalizando

A doença falciforme afeta aproximadamente 30 milhões de pessoas (CANÇADO, 2012) em todo o mundo, e estima-se o nascimento de 300 mil crianças com a doença anualmente (DORMANDY et al., 2010). No Brasil, o Ministério da Saúde estima o nascimento de 350/1.000 nascidos vivos com doença falciforme por ano, ou seja, aproximadamente 3.500 novos casos por ano (CANÇADO; JESUS 2007). Os dados sobre a prevalência nacional não são precisos, uma vez que a testagem para a doença teve início há pouco

mais de dez anos e nem todos os estados brasileiros aderiram imediatamente (DINIZ, 2009). O Ministério da Saúde divulgou que em 2010 existiam 26 mil pessoas cadastradas nos Hemocentros do país, mas este dado certamente não permite aferir a prevalência, dada a baixa cobertura hemoterápica em algumas partes do país.

No caso da LMC, a incidência é de um a dois casos para cada 100 mil habitantes por ano, corresponde de 15% a 20% das leucemias. Estima-se que, anualmente, no Brasil, cerca de 10 mil pessoas desenvolvam leucemia, segundo o INCA. Na atualidade, a taxa de sobrevida de oito a 10 anos estimada para os pacientes com LMC aumentou de históricos 10 a 15% para 80% ou mais (90%, se os casos de morte não decorrente de LMC forem excluídos). Assim, a prevalência da LMC aumentou de 15-300.000 casos antes do ano 2000 para 70.000 a 800.000 casos, apontando para um real caráter "crônico" deste tipo de câncer.

Por esse motivo, o tratamento para a LMC é reconhecido na atualidade como uma "mudança de paradigma" no tratamento da leucemia e do câncer (GOLDMAN; MELO 2003; O'BRIEN et al., 2003; SOUZA; PAGNANO, 2004; JABBOUR et al., 2007). Alguns estudos recentes apontam para a possibilidade de "cura" a partir do tratamento continuado com os ITK, porém a suspensão do tratamento só é recomendada sob certas condições e com um monitoramento e controle citogenético e molecular constante (JABBOUR et al., 2013).

Fenômeno semelhante aconteceu em relação a doença falciforme com a inserção da hidroxiureia (HU) no protocolo clínico. Através da Portaria nº 872, de 6 de novembro de 2002, o Ministério da Saúde aprovou o uso de HU para pacientes com DF. Nos últimos 15 anos, o uso progressivo do medicamento tem representado um aumento significativo na qualidade de vida das pessoas com o agravo, especialmente entre a população adulta (SILVA; SHIMAUTI, 2006).

Estudos recentes revelam uma redução na mortalidade desses pacientes de até 40% com o uso da hidroxiuréia (CANÇADO et al., 2009). Sua ação consiste na elevação dos níveis de hemoglobina fetal, melhorando a severidade clínica e os parâmetros hematológicos (BRASIL, 2013; ARAÚJO et al., 2015). Além desse recurso, o transplante de medula óssea (TMO) também tem sido apontado como uma possibilidade de cura da doença falciforme. A possibilidade

de realizar o procedimento através do SUS foi recentemente oficializado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 30, de 30 de junho de 2015.

Portanto, guardadas suas especificidades, DF e LMC demandam estratégias de cuidado contínuo e sistemático, compondo um itinerário terapêutico complexo, cujas intercorrências são influenciadas não apenas pelas condições clínicas, mas também pelo contexto social dos sujeitos e suas famílias. O enfrentamento do adoecimento crônico, em ambos os casos, implica considerar um escopo ampliado de lutas e de itinerários que incluem, no seu horizonte, não apenas o direito ao cuidado integral à saúde contra formas diversas de discriminação, de estigmatização e de racismo, este último bastante significativo na trajetória de pessoas com doença falciforme. Vale lembrar que o compartilhamento de experiências de exclusão social produzidas por disparidades sociais, desvantagens raciais ou de gênero deve ser considerado como um fator crucial na emergência dos EHMs (BROWN et al., 2004).

Ativismo e luta das pessoas com doença falciforme: "Cuidar do Outro é cuidar de mim"[1]

A doença falciforme (DF) é a doença genética mais presente no Brasil e se expressa predominantemente na população negra, que ocupa as camadas mais desfavorecidas da sociedade brasileira e ainda enfrenta o racismo, que não apenas contribui para o empobrecimento, como se soma a ele, gerando exclusão. Sendo assim, não é possível descolar a análise desse agravo da própria reivindicação da população negra pelo direito à saúde. Também não é possível desconsiderar a história de exclusão vivida por essa população e o impacto desse processo nas condições de vida e saúde. Assim, tanto a questão da classe social, quanto o racismo e as iniquidades em saúde são fatores importantes para melhor compreender a trajetória social da DF no Brasil e as marcas deixadas nos corpos das pessoas com essa doença. Mesmo porque, não apenas no Brasil como em outros países, houve uma confluência entre o estigma racial e o estigma da doença (WAILOO, 2001).

1 Título de música de coautoria de Ray Lima, poeta e escritor, educador popular em saúde, cirandeiro, integrante do Cirandas da Vida, criador da Cenopoesia.

A associação da doença com a população negra e por consequência, sua estigmatização, foi um empreendimento historicamente relacionado com uma visão racista e eugênica do processo saúde-doença (WAILOO, 1997; 2001). Estava também relacionada à patologização da mistura racial, especialmente no contexto norte-americano (TAPPER, 1999). A invisibilidade pode reforçar a condição de marginalidade, visto que invisibilizar é também uma forma de excluir. Ao mesmo tempo, vincular o corpo negro à doença é hipervisibilizar e torná-lo mais susceptível à estigmatização (CIRIBASSI; PATIL, 2016). Nesse contexto, a luta pelo direito à saúde se inicia na luta pelo reconhecimento e pela visibilidade da doença, historicamente negligenciada.

Seja pelo desconhecimento dos médicos, frequentemente relatado pelas pessoas com o agravo, seja pela ausência da DF nas agendas das políticas de saúde, a ideia de invisibilidade é algo a ser analisado. Vale lembrar que, apesar do desconhecimento dos profissionais trazido em muitos relatos de pessoas com DF, desde a década de 1940 já surgiam os primeiros estudos sobre anemia falciforme no Brasil. Em 1947, o médico Jessé Accioly, da Bahia, já fazia descobertas semelhantes às de James Van Gundia Neel, considerado o pioneiro na pesquisa em células falciformes. Há um incremento desses estudos na década de 1950, dada a inclusão dos achados da genética de populações, dos estudos sobre a seleção natural e da biologia molecular (CAVALCANTI; MAIO, 2011).

Nesse período, havia considerável produção de artigos científicos publicados em revistas de grande circulação nacional, bem como nos congressos anuais de hematologia, onde se discutiam a fisiopatologia da doença e os avanços nos estudos em biologia molecular e genética. A doença falciforme foi incluída em quase todos os livros didáticos como exemplo do modelo mendeliano de herança genética. Isso permite refletir sobre o *gap* entre a produção intelectual da época e a formação dos profissionais de saúde, ou mesmo inferir sobre a ausência da DF como conteúdo nos cursos de saúde das universidades. Ademais, enquanto reinava a invisibilidade da DF nos serviços de saúde, a mesma doença conferia grande visibilidade aos pesquisadores, em geral pouco preocupados em produzir avanços terapêuticos.

Mesmo quando a DF se torna conhecida pelos profissionais de saúde, muitas vezes a pessoa com o agravo é invisibilizada por outra via – a via da ausência

do outro enquanto sujeito de direitos na relação profissional e usuário e da negação ao direito à informação. A representação da DF como uma doença do negro, aliada à forma depreciativa como o negro é visto pela sociedade, muitas vezes resulta no serviço de saúde de baixa qualidade (ATKIN; ANIONWU, 2001; BEDIAKO; MOFFIT, 2011). No caso do Brasil, a baixa escolaridade da maior parte das pessoas com DF também pode ser um fator que acaba comprometendo a relação com o profissional de saúde, que muitas vezes não disponibiliza as informações necessárias para o autocuidado e não estabelece um vínculo com o usuário e sua família.

O impacto desse processo pode ser fatal para uma pessoa com adoecimento crônico, cuja adesão ao tratamento depende da qualidade do vínculo estabelecido no serviço. Segundo Ciribassi & Patil (2016), desempoderar e desacreditar na pessoa com DF e mantê-la ausente do projeto terapêutico acaba resultando em baixa adesão, de modo que o autocuidado passa a ser a única opção. Os achados de Ana Luisa Dias (2013) confirmam esse argumento, ao mostrar experiências das pessoas com úlceras de perna decorrentes da doença falciforme. Relatos em que o profissional de saúde desconsidera a dor e avaliação do usuário sobre o nível de dor que está sentindo são também retratos da deslegitimação. O resultado é frequentemente o abandono do serviço, não por uma atitude passiva, mas como uma reação ativa ao sentimento de (mau) trato.

Ao trazer a questão das desigualdades sociais em relação a uma doença crônica como a doença falciforme, busca-se compreender em que medida o perfil socioeconômico ou racial das pessoas com a doença influencia no desenvolvimento de seus itinerários e experiências de acesso aos serviços. Outros pesquisadores já discutiram essa correlação, mas Bediako et al. (2007) chamam a atenção para a necessidade de mais estudos que explorem os diferentes fatores socioculturais que interferem no curso da doença. Não apenas variáveis macrossociais, como renda e classe social, mas também aspectos ligados ao funcionamento da família, suporte social, identidade racial e experiência pessoal. Além da vulnerabilidade clínica trazida pela própria sintomatologia da doença, a vulnerabilidade social em interação com a estigmatização racial pode configurar um processo de sobreposições de desvantagens. Tais desvantagens, quando não

provocam a morte precoce, são responsáveis por sequelas que poderiam ser evitadas com acompanhamento qualificado e boas condições de vida.

Embora a correlação entre condições de vida e condições de saúde seja pertinente a qualquer forma de adoecimento, há especificidades da DF, dada sua condição genética. Ou seja, não se pode negar que a situação de empobrecimento afete qualquer doença crônica, mas em se tratando de um agravo cujos sintomas aparecem já no primeiro ano de vida, qualquer tipo de privação pode afetar sobremaneira todo o curso da vida do sujeito. Não raro os adultos, em idade produtiva, já estão incapacitados para o trabalho por conta do grau de sequelamento. Acrescenta-se aí o impacto disso na qualidade de vida desses adultos. É urgente também explorar em futuras pesquisas o peso que o racismo traz às experiências de adoecimento, visto que muitas vezes excede até o peso da própria doença (ATKIN; AHMAD, 2001).

Se é verdade, porém, que o quadro de desigualdades imprime uma marca nos corpos das pessoas com doença falciforme, também é verdade que o racismo tem sido uma mola propulsora para a mobilização dos movimentos sociais, incluindo a luta das Associações de pessoas com o agravo.

Há cerca de 20 anos, entidades de familiares de pessoas com DF davam os primeiros passos para elaboração de reivindicações em seus estados e municípios, e também em nível nacional. Nesse cenário, um programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme foi umas das principais reivindicações do movimento (BRASIL, 2013). Desta forma, a luta do Movimento Negro e das Associações de Homens e Mulheres com Doença Falciforme foi de importância crucial para a adoção das políticas públicas que, ainda hoje, enfrentam desafios no processo de implementação.

Em 2001, a inclusão da DF no Programa Nacional de Triagem Neonatal, através da Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001, foi a primeira grande conquista e um passo importante no reconhecimento da sua relevância em saúde pública no Brasil. O diagnóstico precoce foi reconhecido como uma medida extremamente importante para tirar a doença da invisibilidade e produzir dados consistentes, capazes de auxiliar no planejamento das ações.

A luta por reconhecimento é paulatina. Inicia-se pela inserção da DF na agenda política, através da mobilização do movimento negro e do movimento

de mulheres negras, sem os quais não seria possível o reconhecimento político dessa demanda. As primeiras conquistas se iniciam com a inclusão da DF nos sistemas de informação, através da triagem neonatal. Nesse sentido, tal fato carrega uma dupla importância: para a pessoa com DF que, através do diagnóstico precoce, pode iniciar o quanto antes seu acompanhamento; mas também para a luta coletiva das pessoas com DF, na medida em que os dados de incidência revelam a dimensão do agravo.

Ao visibilizar as altas taxas de incidência, especialmente na Bahia, em Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, foi possível questionar o rótulo de doença rara e afirmar a importância deste agravo no cenário nacional. Ao mesmo tempo, a triagem neonatal inaugurou um debate de extrema importância em torno dos dilemas éticos e identitários, quando se fala em prevenir a doença através de aconselhamento e orientação genética. Diante do risco de medidas eugênicas, o Brasil assume uma postura singular de crítica a qualquer tipo de cerceamento ao direito reprodutivo das mulheres com DF.

Em 2004, a DF se afirma como um problema de saúde pública no país, passando a ocupar lugar de maior destaque quando é deslocada para o Ministério da Saúde. Apesar dos desafios enfrentados pela Coordenação de Sangue e Hemoglobinopatias, foi possível realizar um intenso trabalho de consolidação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, especialmente após a publicação da Portaria nº 1.391, em 2005

Os dez anos subsequentes revelaram que as políticas de saúde, ao almejarem responder às necessidades de uma população, percorrem quase sempre um caminho de idas e vindas. Não se configura como um percurso linear, visto que são muitas as batalhas que se travam para romper com a inércia tantas vezes imposta pelo próprio sistema. No caso das políticas voltadas para o cuidado integral às pessoas com DF, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, tem sido um exemplo de protagonismo das pessoas com o agravo. Observa-se que, mesmo conquistas já legitimadas através de portarias e documentos oficiais, sofrem contínuos ataques, demandando ações contínuas de mobilização e pressão.

O ativismo em torno da DF pode ser tomado como movimento social corporificado, sendo as Associações de pessoas com o agravo um exemplo típico de identidade coletiva politizada. Primeiro porque reconhece desde o

início que o atraso em implementar políticas públicas não era mero acaso, mas fruto do racismo institucional, do desinteresse do poder público em beneficiar e cuidar da população negra. Está posta, desde as primeiras observações de Cruz Jobim, no Rio de Janeiro em 1835, quanto da ampla divulgação a partir das pesquisas de Herricks, em 1910.

Também porque no plano simbólico, das representações sociais da doença, o movimento de pessoas com DF desafia concepções dominantes sobre o agravo. Visto que o discurso médico historicamente limitou as pessoas com DF dentro de estereótipos estigmatizantes, como a magreza, a baixa estatura e o medo iminente da morte, além do uso de termos pejorativos, como "falcêmico". Salto significativo concebe-se quando se adota o termo "pessoa com doença falciforme", como trazem Queiroz & Lira (2013): com a constância da convivência e o conhecimento mais aprofundado das demandas individuais e coletivas se percebeu que o centro era a pessoa com doença falciforme. Combater este estigma só foi possível ressignificando-se a doença ou a relação com a mesma. A doença passa a ser apenas o pano de fundo, quando a pessoa emerge como sujeito de direitos e construtor de sua história de vida.

Cuidar da *pessoa* e não da *doença*, ampliando-se o olhar "para além da foice", foi uma forma de refletir sobre a própria estratégia de cuidado. Na medida em que a DF é vista de forma ampliada, também o cuidado deve ser ampliado a uma equipe multiprofissional, e não apenas um hematologista. A inserção da DF na Atenção Básica torna-se uma bandeira de luta, uma necessidade desse sujeito, que precisa ser visto e tratado na sua integralidade, além de ser um sujeito dentro de um território e, portanto, no direito de ser incluído nas redes de atenção à saúde.

Nesse sentido, a dimensão do *cuidado* como elemento mobilizador para efetivação de direitos das pessoas em situação de desvantagem torna-se uma bandeira de luta. "Cuidar do Outro é cuidar de mim", constrói-se para além de um lema na luta por reconhecimento social e empoderamento de grupos excluídos e invisibilizados, a exemplo das pessoas com DF. Representa o próprio entendimento da coletividade como superação da exclusão, da construção de laços de solidariedade e cuidado coletivo, estabelecendo a estratégia da rede como caminho para articulação e superação de obstáculos. Outro lema do

movimento, "nada sobre nós sem nós", traz para as Associações de Pessoas com Doença Falciforme uma reivindicação legítima de que nenhuma política pública deve desconsiderar a participação efetiva dos movimentos sociais, especialmente daqueles afetados pela própria política, advogando a favor da participação intensa e irrestrita da sociedade civil. Nos últimos anos, diversas organizações têm utilizado esta frase para exigir que elas próprias definam suas necessidades e como estas podem ser satisfeitas.

Não se trata apenas do caráter representativo dessas Associações, mas do protagonismo na construção da política e no contínuo enfrentamento para efetivação de suas demandas. Milani (2008) nos faz refletir sobre esta participação social como uma politização das relações no processo de constituição de espaços públicos para a formulação de políticas públicas e de ampla participação dos cidadãos nos processos decisórios.

Fato marcante nesse processo é a ampliação da capilaridade nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes, a partir da criação, em 27 de outubro de 2001, da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doença Falciformes (FENAFAL). Esta entidade tanto congregou as associações já existentes, como fomentou o surgimento de outras, alcançando em poucos anos representação em todo território nacional. Além disso, a FENAFAL ampliou sua intervenção com a participação em espaços governamentais: Câmara de Assessoramento Técnico, dentro da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e também conquistou assento no Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial e Conselho Nacional de Saúde.

Atualmente, as ações da Política Nacional de Atenção a Pessoas com Doença Falciforme se inserem na Coordenação de Sangue, gerida por uma assistente social, mãe de uma adolescente com doença falciforme, com longa trajetória na gestão de uma política municipal em DF. Vale ressaltar que, em tempos de crise e de austeridade financeira, políticas voltadas para populações vulneráveis não recebem prioridade e ficam ainda mais fragilizadas. Em meio a este contexto desfavorável, a mobilização política, o empoderamento e o protagonismo daqueles que vivem o agravo é imprescindível.

Entre a saúde e a "justiça": itinerários burocráticos

Os avanços recentes no conhecimento científico e médico da leucemia mieloide crônica (LMC) têm levado ao desenvolvimento de tecnologias cada vez mais avançadas para seu tratamento, alterando de forma significativa o "curso" natural da doença e os protocolos de tratamento (STEPHEN et al., 2003; KANTARJIAN et al., 2002; SCHIFFER et al., 2007, JABBOUR et al., 2007, LOPES et al., 2009;). Isto tem colocando um constante processo de "ressignificação", tanto por não leigos e leigos, de uma doença que há pouco mais de uma década tinha um prognóstico de três a seis anos depois da sua descoberta (KANTARJIAN et al., 1993, 2002).

A abordagem das experiências de enfermidade e construção de itinerários terapêuticos de pessoas com LMC[2] tem permitido colocar em foco como as mudanças nos "padrões" de intervenção da LMC têm tido implicações em diversos níveis: subjetivos, socioculturais, econômicos e políticos, desafiando tanto a estruturação / organização / acesso aos serviços de saúde, assim como as experiências de "viver com a LMC" e a busca de cuidado. Ao dirigir o olhar para as possibilidades de acesso (ou não) ao cuidado e, em especial, aos medicamentos conhecidos como inibidores de tirosine quinase (ITK) considerando seu alto custo, levanta-se a discussão sobre o acesso e as implicações para um sistema de saúde como o SUS, a efetivação da integralidade e da equidade, isto é, a efetivação do direito à saúde.

Este contexto de avanços tecnológicos em tratamentos de alta biotecnologia, quando confrontado com o contexto de desigualdade e disparidade social no Brasil, especificamente na cidade de Salvador-BA, assim como o contexto do SUS e as contradições encontradas nas relações público-privado na assistência à saúde evidencia, ironicamente, aspectos para além dos aparentes ganhos clínicos no tratamento e monitoramento da LMC.[3] Por esse motivo, a reconstrução

2 Esta discussão se compõe como um recorte da tese de doutorado de Yeimi Alexandra Alzate López, intitulada: *Experiências de enfermidade e itinerários terapêuticos de portadores de leucemia mieloide crônica nas cidades de Medellin, Colômbia e Salvador-BA, Brasil*, defendida em 2014 no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

3 As tramas entre o mercado de assistência médica suplementar e o SUS no Brasil, assim como os estudos sobre a judicialização da saúde, têm permitido evidenciar que o SUS assume grande parcela dos usuários advindos de planos de saúde que requerem de assistência e dos tratamentos oncológicos de alto custo que são negados pelos planos, aumentando as iniquidades no acesso e cuidado à saúde.

dos caminhos das pessoas em busca de cuidado, prestando forte atenção às relações entre os sistemas público e privado, mostram as ambiguidades sociais e subjetivas que se apresentam nas falas das pessoas, como incertezas sobre a vida com a doença e o acesso a assistência.

Quando examinamos os itinerários terapêuticos, vemos que os cuidados de um câncer crônico como a LMC não se reduzem ao tratamento através de medicamentos. Demanda-se a organização de uma rede articulada de serviços de saúde e práticas de saúde sensibilizadas com o cuidado como valor (PINHEIRO, 2009). Porém, um interesse particular leva a colocar uma lupa sobre a questão dos medicamentos e seu acesso.

Nas narrativas, receber o diagnóstico da LMC aparece em meio a muitos sentimentos, sendo descrito como um "choque", como um "susto", que causa "angústia", "ansiedade" e "tristeza". Em outros trabalhos, são aprofundadas as questões sobre o processo de significação, ressignificação e as rupturas, mudanças e aprendizados que a LMC coloca nas experiências das pessoas (LÓPEZ; TRAD, 2014, 2015). Cabe ressaltar, no entanto, como processo de "suspeita" até a descoberta da doença, como um problema de saúde "crônico" que requer cuidado contínuo situa nas experiências dos pacientes a incerteza, não só frente às expectativas do que vai acontecer, mas sobre o que significa ter LMC, as dúvidas sobre os tratamentos e os receios de não consegui-los.

A questão das "perspectivas de tratamento" se coloca como uma fonte de ambiguidade nas narrativas, primeiro porque o impacto inicial da descoberta de um "câncer", que traz um sofrimento causado por imagens e representações construídas socioculturalmente da doença e das quimioterapias, contrasta com as informações apresentadas pelos profissionais de saúde que apresentam uma perspectiva de "esperança" e uma promessa de vida "normal", devido às possibilidades de se tratar com uma "quimioterapia oral". Entretanto, frustração e medo emergem ao mesmo tempo, quando recebem a notícia do "custo" da medicação.[4]

4 Devido à quebra da patente de um dos ITK, o Brasil começou a produção própria da molécula a partir do ano 2012, o que diminuiu consideravelmente o custo das medicações e tem levado a uma expansão do acesso ao medicamento na rede pública. No sistema privado, o fornecimento do medicamento depende da cobertura do plano (SCHEFFER, 2006; CONILL et al., 2008).

As pessoas descrevem como a "possibilidade" de acesso aos tratamentos não se direciona por uma concepção de "direito", mas se encontra ligada a possibilidades econômicas, relacionadas ao trabalho e à família. Isto acontece tanto entre os usuários do SUS, como aqueles que possuem plano de saúde. Entre estes últimos, a maioria relatou variados e longos caminhos até a chegada a um centro de referência no SUS onde encontrassem esse acesso. Os usuários do sistema suplementar, por sua vez, relatam como no momento da prescrição do tratamento receberam a notícia de que o plano não o cobria:

> [...] o plano não cobria o medicamento. Eu tive que deixar a doutora G porque era um serviço particular e quando realmente tinha que receber a droga, ela disse: "olhe, eu sei que tá se fazendo no SUS", né? O CICAN tá fornecendo e tal, ai eu fui pra lá, matriculei e comecei a receber o interferon (Clara, 58 anos, SSA).

Muitas vezes, o acesso ao SUS com o intuito de receber atenção e tratamento se dá pela via de amigos, familiares e profissionais de saúde, através de favores pessoais (FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2011). Profissionais de saúde que atuam tanto na rede pública como no serviço privado acabam fazendo os "*links*" entre um e outro, abrindo ou estreitando as fronteiras às vezes sutis, às vezes muito claras entre o público e o privado no acesso a atenção e tratamento de doenças de alto custo como a LMC. Pode-se apontar isto como uma forte contradição que aumenta a desigualdade e desvirtua a noção de saúde e de direito plasmadas na constituição.

Esses percursos evidenciam não só os trânsitos percorridos pelos sujeitos entre o SUS e o sistema suplementar sem maiores "problemas", mas também os itinerários burocráticos na busca de atenção e dos medicamentos, evidenciando o fenômeno da judicialização da saúde para garantir o acesso à atenção e a medicamentos do nível da alta complexidade. Como discutido por vários autores (SCHEFFER, 2006; GUERIN, et al., 2012), as alternativas legais para os cidadãos relacionadas ao direito à saúde colocam no terreno da saúde a ação do campo judicial, o debate sobre o "direito" ao constatar um crescimento exponencial de demandas judiciais e de gastos com medicamentos.

Os estudos sobre o tema apontam a problemática das consequências de processos judiciais individuais de cidadãos que reivindicam o fornecimento desses medicamentos, questionando os direitos "coletivos" e uma fragilização

financeira do sistema público, que termina assumindo os custos de pacientes de planos de saúde. Segundo Mendes (2001), a segmentação do sistema brasileiro em três modalidades – desembolso direto, atenção médica supletiva e o SUS - leva a um efeito denominado de "Hood-Robin". Ou seja, enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos.

Nos casos aqui analisados, esse fenômeno aparece de forma evidente e permite discutir como as "coberturas" do sistema suplementar de saúde influenciam e colocam demandas burocráticas que são impostas aos pacientes para garantir o acesso aos tratamentos que vão lhes oferecer uma *"vida normal"*. Diante disso, o conceito de itinerário burocrático (IB), formulado por pesquisadores colombianos (ABADIA; OVIEDO, 2009), é importante para compreender esses processos, em que demandas obrigatórias de tipo administrativo, financeiras e legais são impostas aos pacientes para aceder aos serviços ou receber a atenção adequada. Esses itinerários se compõem das "lutas" dos cidadãos para ter acesso à atenção e aos medicamentos, para enfrentar o mau funcionamento estrutural do sistema privado em detrimento das suas vidas e, por sua vez, fragilizam de forma ampla o SUS.

Nas narrativas, evidencia-se como o fato de acessar aos tratamentos leva até certo ponto a desconsiderar outras barreiras relevantes que são enfrentadas, como as como barreiras econômicas, geográficas e simbólicas. As pessoas relatam suas experiências de acesso ao cuidado e aos tratamentos como "obra de Deus" e de algumas pessoas, não como um resultado do direito à saúde garantido na Constituição.

Assim como outros autores têm apontado (GERHARDT, 2006; ANGUS et al., 2007; BELLATO et al., 2008; TRAD, 2010; VENTURIELLO, 2012; FERREIRA, et al., 2012) encontrou-se que os pacientes com LMC enfrentam suas "lutas" pela saúde individualmente, tecem redes próprias que incluem a família e outras pessoas ou instituições como associações de pacientes, buscam informações na internet e por outros meios e apreendem ferramentas jurídicas que permitem a sustentação e apoio para equacionar as incertezas, atribuir

sentido a doença e os tratamentos e para driblar as barreiras administrativas e burocráticas. No caso da LMC, a maioria das associações de pacientes encontra-se às margens dos sistemas de saúde e permanece invisível aos mesmos.

Para finalizar, cabe ressaltar que as ambiguidades entre o público e o privado, considerando a localização da assistência da LMC no nível terciário (alta complexidade) não se reduz aos medicamentos e seu alto preço. O diagnóstico e o controle da doença demandam acesso à estrutura laboratorial para a realização de exames genéticos, como é o caso do quantitativo PCR / ABL, o qual não está contemplado no SUS e não faz parte da cobertura dos planos. Para a realização desses exames, as pessoas dependem de *"vouchers"* das empresas farmacêuticas que fabricam os medicamentos. Recentemente, algumas iniciativas individuais, bem como a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), têm proposto uma mobilização nacional das pessoal para solicitar a inclusão desses exames de monitoramento tanto no SUS como na rede privada.

Infelizmente, as barreiras burocráticas, as fragmentações da rede e as incertezas que os sistemas de saúde impõem aos pacientes colocam-se como uma questão inerente à estrutura e à organização dos serviços, mais do que a escolha dos indivíduos. Em seu estudo com trabalhadores que sofrem de LER/DOR e a construção dos itinerários terapêuticos, Neves e Nunes (2010) colocam como as trajetórias dos sujeitos serviram para denunciar um modelo de assistência que expurga o trabalhador dos canais de tratamento e de amparo social, deixando-o à mercê de sua própria sorte, rodando em círculo atrás do relatório médico, do cartão de comparecimento ao tratamento fisioterapêutico, do laudo do exame diagnóstico e de tantos outros atestados e relatórios. Isso reflete a diferenciação de classe e o uso do poder operado dentro do modelo biomédico, para satisfazer aos interesses de acumulação e produção capitalista. Nos relatos das pessoas que convivem com a LMC, elas também se sentem às "margens" dos sistemas, tendo que recorrer à justiça, que de forma individual vai resolvendo (ou não) caso a caso. O direito à saúde, assim, parece se reduzir a uma "percepção de acesso" aos serviços, estabelecendo relações e desencontros com instituições, e profissionais de saúde se colocam como "causas estruturais" da incerteza e do sofrimento.

Considerações finais

Os movimentos sociais corporificados têm sido importantes para pressionar por reconhecimento médico e social. Um dos objetivos é democratizar o conhecimento sobre um agravo, bem como pressionar as agendas científicas e lutar por verbas de pesquisa. Trata-se também de uma crítica à própria ciência e suas prioridades de investigação.

Cabe reconhecer que o ativismo na saúde tem contribuído para trazer questões sobre os agravos que extrapolam a dimensão médica, levando a medicina a refletir sobre dimensões psicossociais e pressionando o sistema de saúde a implementar políticas públicas (BROWN et al., 2011). Muitas vezes, esses coletivos organizados desafiam a sociedade a mudar a concepção sobre uma doença, a partir do conhecimento daqueles que vivem com o agravo. Acabam por fomentar uma valorização do saber que vem da experiência, reivindicando uma autoridade não científica.

No caso da doença falciforme, esse processo de ressignificação se torna um elemento-chave na luta pelo cuidado integral. Recuperar a dimensão do sujeito, em detrimento da doença, abolindo o termo "falcêmico" como marca estigmatizante, se transforma numa crítica a uma atenção centrada no hematologista e reivindica a necessidade da inclusão da DF numa rede integrada, que inclui serviços nos três níveis de atenção. Significa também recuperar a dimensão do cuidado, tanto no âmbito do sujeito que vive a doença como da sua rede de suporte, a partir do protagonismo destes, através das Associações.

No caso da LMC, o ativismo ocorre mais no âmbito individual, recorrendo à judicialização, às redes informais de acesso e às redes de favores, como estratégias de luta. Driblar as burocracias do sistema passa a ser mais uma demanda daqueles já aflitos diante de um diagnóstico de câncer e todos os significados que emergem com ele. Nesse processo, "escolhas" terapêuticas não são de fato "escolhas", pois se apresentam como um entrecruzamento de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, culturais, econômicas e jurídicas que são vividas e guiadas por projetos de vida. Vale lembrar que variáveis como renda, etnia e raça/cor, embora não intrinsicamente vinculadas à LMC, ao contrário da DF, também podem ser vistas como barreiras de acesso a serviços, tecnologias e medicamentos, encurtando vidas e gerando sofrimento às famílias.

Assim, tanto para aqueles que vivem com doença falciforme, como aqueles que lidam com a leucemia mieloide crônica, há uma dupla empreitada. Se por um lado viver com uma doença crônica já impõe limites para os sujeitos e suas famílias, lidar com as imposições colocadas pelo sistema, seja como barreiras de acesso, a burocracia, o racismo institucional e a invisibilidade, aumenta os desafios. Não há outra saída senão a necessária articulação coletiva e politização dos movimentos na luta pelo direito à saúde.

Referências

ABADIA, C.E.; OVIEDO, D.G. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, v. 68, n. 6, p. 1153-1160, 2009.

ALVES, P.C; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.

ANGUS, J. et. al. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. *Texto contexto-enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 591-598, 2007.

ANIONWU, E.; ATKIN, K. *The Politics of Sickle Cell and Thalassaemia*. Buckingham: Open University Press, 2001.

ARANHA, F.J.P. leucemia mieloide crônica – transplante de medula óssea. *Rev. Brasileira de hematologia e hemoterapia*, v. 30, supl. 1, p. 41-46, 2008.

ATKIN, K.; AHMAD, W.I.U. Living a 'normal' life: young people coping with thalassaemia major or sickle cell disorder. *Social Science & Medicine*, v. 53, n. 5, p. 615-626, 2001.

AUGE M. Interpreting illness. *History e Anthropology* (special issue), v. 2, p. 1-13, 1985.

BEDIAKO, S.M., LAVENDER, A.R.; YASIN, Z. Racial centrality and health care use among African American adults with sickle cell disease. *Journal of Black Psychology, v.* 33, n. 4, p. 422-438, 2007.

BEDIAKO, S.M.; MOFFITT, K. Race and social attitudes about sickle cell disease. *Ethnicity & Health*, v. 16, n. 4-5, 423-429, 2011.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. Itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G. (Org.). *Atenção Básica e integralidade*: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008.

BRANFORD, S. Monitoring after successful therapy for chronic myeloid leukemia. *American Society of Hematology*, v. 67, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doença Falciforme: atenção e cuidado*: a experiência brasileira (2005-2010). Brasília, MS, 2013.

BROWN, P. et al. Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, p. 50-80, 2004.

_____. Health Social Movements: advancing traditional Medical Sociology concepts. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, p. 117-137, 2011. Disponível em: < https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4419-7261-3_7>.

CANÇADO, R.D. Sickle cell disease: looking back but towards the future. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*. São Paulo, v. 34, n. 3, 2012.

CANÇADO, R.D.; ARAGÃO, J.A. A Doença Falciforme no Brasil. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*. São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

CANÇADO, R.D. et al. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para uso de hidroxiureia na doença falciforme. *Rev Bras Hematol Hemoter*, v. 31, n. 5, p. 361-366, 2009.

CANESQUI, A. M. *Olhares sócio-antropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAVALCANTI, J. M.; MAIO, M.C. Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.377-406, 2011.

CIRIBASSI, R.M.; PATIL, C.L. "We don't wear it on our sleeve": sickle cell disease and the (in) visibile body in parts, *Social Science & Medicine,* 2015. Doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.033.

CONILL, E.M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

DIAS, A.L. Da Invisibilidade ao reconhecimento: a importância da Associação Baiana das Pessoas com Doença Falciforme na trajetória dos(as) associados(as) e seus familiares. In: FERREIRA, S.L.; CORDEIRO, R. C. (Org.) *Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme*. Salvador: EdUFBA, 2013b. p. 95-112.

DINIZ, D. et al. Prevalência do traço e da anemia falciforme em recém-nascidos do Distrito Federal, Brasil, 2004 a 2006. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2009.

DORMANDY, E. et al. Effectiveness of earlier antenatal screening for sickle cell disease and thalassaemia in primary care: cluster randomised trial. *BMJ*, v. 341, p. c5132, 2010.

FERREIRA, J.; ESPIRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 179-198, 2012.

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

GOLDMAN, J.M.; MELO, J.V: Chronic myeloid leukemia. advances in biology and new approaches to treatment. *New England Journal in Medicine*, v. 34a, n. 15, p. 1451-64, 2003.

GUERIN, G. D., ROSSONI, E., BUENO ,D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012.

JABBOUR, E. et al. Current and emerging treatment options in chronic myeloid leukemia. *American Cancer Society. Cancer*, v. 109, n. 11, 2007.

KANTARJIAN, H.M. et al. Chronic myelogenous leukemia: a concise update. *Blood*, v. 82, n. 3, p. 691-703, 1993.

_____. Hematologic and cytogenetic responses to imatinib mesylate in chronic myelogenous leukemia. *New England Journal of Medicine*, v. 346, p. 645, 2002.

LAVERACK, G. Health activism: the way forward to improve health in difficult times. *Global Health Promotion*, v. 20, n. 3, p. 1757-9759, 2013.

LOPES, N.R.; ABREU, M.T.C.L. Inibidores de tirosino quinase na leucemia mieloide crônica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 31, n. 6, p. 449-453, 2009.

LOPEZ, Y.A.A.; TRAD, L. A. B. "Antes e depois da LMC": experiências e dimensões da leucemia mieloide crônica como uma ruptura biográfica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2199-2208, 2014.

_____. "Vivendo e Aprendendo". Os significados da cronicidade da leucemia mieloide crônica na experiência de pacientes. *Revista Política & Trabalho*: revista de ciências sociais, n. 42, p. 175-195, jan-jun 2015.

MILANI, C.R.S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 42, p. 551-79, maio/jun. 2008.

MORELLO-FROSCH, R. et al. Embodied health movements: Responses to a "scientized" world. In: _____. *The New Political Sociology of Science*: institutions, networks, and power. University of Wisconsin Press, 2006. p. 244-271.

NEVES, R.F.; NUNES, M.O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211-220, 2010.

O'BRIEN, S.G. et al. Imatinib Compared with Interferon and Low-Dose Cytarabine for Newly Diagnosed Chronic-Phase Chronic Myeloid Leukemia. IRIS Trial. *New England Journal in Medicine*, v. 348, p. 994-1004, 2003.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário*: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

SCHEFFER, M. *Os planos de saúde nos tribunais*: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, M.C.; SHIMAUTI, E.L.T. Eficácia e toxicidade da hidroxiureia em crianças com anemia falciforme. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, v. 28, n. 2, p. 144-148, 2006.

SOUZA, C.; PAGNANO, K. Os desafios no tratamento da Leucemia mieloide crônica na era do mesilato de imatinibe. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 26, n. 4, p. 282-284, 2004.

TAPPER, M. *In the blood*: *sickle cell anemia and the politics of race*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1999. 163 p

TRAD, L.A.B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

VENTURIELLO, M.P. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis*: *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1063-1083, 2012.

WAILOO, K. Detecting 'negro blood': black and white identities and the reconstruction of sickle cell anemia. In: _____. *Drawing blood*: technology and disease identity in twentieth century America. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997. p.134-161

_____. *Dying in the city of the blues*: sickle cell anemia and the politics of race and health. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2001.

As movimentações de pessoas com deficiência em conferências de saúde: entre invisibilidades e desafios para o direito à comunicação e informação*

Marina Maria

Introdução

Este texto analisa desafios para a garantia do direito à comunicação e informação em espaços previstos na legislação brasileira para assegurar a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, por sua vez, deveriam ser inclusivos. Especificamente, considera os obstáculos comunicacionais para pessoas com deficiência em conferências de saúde, também encontrados no cotidiano dos serviços e práticas para o direito à saúde. Para isso, tomo como referência observações decorrentes da pesquisa de mestrado da autora,[1] em que foram analisadas as movimentações de pessoas com deficiência em conferências de

* A autora elaborou este texto exclusivamente para exposição na mesa-redonda "Direito à comunicação, inclusão e redes sociais: diálogos interdisciplinares e novos sujeitos na efetivação do acesso ao cuidado", durante o XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, na celebração dos 10 anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman e do IV Encontro da Incubadora da Integralidade, realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. O evento, cujo tema central foi "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", contou como apoio de: Japan International Cooperation Agency (ICA), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), Escola de Enfermagem da UFMG, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz; Grupo de Estudos em Saúde Coletiva – GESC / UFRGS, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde: contextos, trajetórias e políticas públicas (FASA, ISC/UFBA), Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; Universidade de Brasília, Faculdades de Medicina e Comunicação da Universidade Federal do Acre e Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

1 A pesquisa de mestrado em questão resultou na dissertação *Condições e contradições por direitos sociais e inclusão: uma análise sobre as movimentações e mediações de pessoas com deficiência em conferências de saúde*, defendida em 2012 no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Icict/Fiocruz. O conteúdo na íntegra está disponível em <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5805/1/PPGICS%20MARINA%20MRG%20SILVA.pdf>.

saúde de 2011. Somam-se às reflexões apresentadas a seguir a trajetória da autora como ativista pelos direitos desta parcela da população e, mais recentemente, o trabalho no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz), colaborando para a consolidação do grupo de trabalho (GT) sobre acessibilidade da unidade.[2]

Ao falarmos de pessoas com deficiência no Brasil, nos referimos a cerca de 45 milhões de pessoas, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o que equivale a 23,9% da população brasileira (IBGE, 2011). Onde estão essas pessoas? As conferências e conselhos de saúde, como mecanismos para assegurar a participação popular no monitoramento e formulação de políticas públicas de saúde, efetivamente asseguram condições para que qualquer pessoa ocupe esses espaços? Conselhos e conferências representam a diversidade da população brasileira? As necessidades específicas das populações representadas em tais espaços são acolhidas? Medidas de acessibilidade são asseguradas para que pessoas com deficiência participem e se comuniquem com autonomia?

Sendo uma pesquisa do campo da Comunicação, Informação e Saúde, interessou compreender as práticas comunicacionais de pessoas com deficiência, analisando de que forma participavam das conferências, quais eram as condições de acessibilidade disponibilizadas, como comunicavam suas demandas e como e o que apresentavam entre suas reivindicações pelo direito à saúde. Assim, foram analisdas três edições de conferências de saúde realizadas em 2011, escolhendo-se uma conferência de cada esfera de governo: 11ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, entre 23 e 25 de setembro; 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, entre 24 e 27 de outubro; e 14ª Conferência Nacional de Saúde, entre 30 de novembro e 4 de dezembro.

Com base nos referenciais teóricos utilizados neste estudo, as conferências de saúde foram consideradas espaços públicos de múltiplos discursos e, neste sentido, analisou-se como se deram as movimentações sociais de pessoas com

2 Com a criação do GT Acessibilidade, temos vivenciado a experiência de constituir um núcleo para o desenvolvimento de estudos e ações voltadas para a defesa da implementação de medidas de acessibilidade, sobretudo na busca por práticas comunicacionais mais inclusivas e partindo do reconhecimento de que o direito à comunicação e informação é fundamental para o direito à saúde.

deficiência nessas arenas políticas. Como movimentações sociais, entende-se aqui um conceito proposto por Valdir de Castro Oliveira (2004a, 2004b) para se referir às mobilizações, tanto de movimentos sociais quanto de cidadãos/as não vinculados/as a instituições, em defesa de direitos.

O que se observa é que, nas últimas décadas, pessoas com deficiência têm se mobilizado em defesas dos seus direitos e em oposição às "expectativas normativas" (GOFFMAN, 2008) e à normatização da vida. Como forma de, conforme descreve Claudia Werneck (1999, p. 29), "inserir o tema da inclusão de pessoas com deficiência na sociedade, visto como de interesse restrito da família ou como problema da família, em um universo maior, o da dívida social brasileira".

Entretanto, as questões discutidas por esta pesquisa apontam que, mesmo com todo arcabouço legal que reitera os direitos das pessoas com deficiência, na prática, assegurar a plena participação destas ainda esbarra em desafios, sobretudo em barreiras comunicacionais, o que nos remete a uma insistente invisibilidade às suas demandas e especificidades. Deste modo, ao mesmo tempo que há uma aparente maior visibilidade em relação às pessoas com deficiência, com maior veiculação, por exemplo, de informações na grande mídia, ainda há entraves quando se trata do reconhecimento destas como sujeitos de pleno direito.

Em linhas gerais, há desafios de diferentes ordens para assegurar que conselhos e conferências sejam efetivamente espaços públicos de participação e múltiplos discursos, de forma que alguns esbarram em aspectos de comunicação e informação, como analisam alguns autores e autoras, e ficou evidente nesta pesquisa. Compartilhamos, então, algumas reflexões e análises a partir deste estudo, a fim de colaborar para que se assegurem processos mais inclusivos e democráticos de participação em saúde.

Em um primeiro momento, faz-se necessário apresentar aqui um resgate quanto às movimentações de pessoas com deficiência no país e no mundo, por direitos e visibilidade. Em seguida, é proposta uma discussão sobre as conferências de saúde como instâncias de participação popular para a consolidação do SUS e previstas por marcos legais, apresentando uma caracterização destas como espaços públicos de múltiplos discursos. Por fim, são apresentados dados e análises

baseadas na pesquisa de mestrado que deu origem a este texto, aprofundando uma reflexão sobre os desafios para o direito à comunicação e informação de pessoas com deficiência e contradições evidentes nas conferências de saúde observadas e reunindo, ao final, algumas considerações.

Movimentações de pessoas com deficiência: identidade, invisibilidade e direitos

Antes de analisarmos os desafios para o direito à comunicação e informação de pessoas com deficiência nas conferências de saúde observadas, é importante fazer uma breve contextualização. Quando falamos em "pessoas com deficiência", tratamos de uma população estimada, atualmente, em mais de um bilhão de pessoas no mundo, de acordo com dados do Relatório Mundial sobre Deficiência, elaborado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Banco Mundial (EQUIPE, 2011; WHO, 2011). Já no Brasil, como já citado, o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) mostra que são aproximadamente 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência no país, equivalendo a 23,9% da população brasileira[3].

Desde os anos 1970, tem se consolidado globalmente um movimento social e político formado em torno da identidade da deficiência, em defesa de direitos, colaborando para chamar atenção às necessidades específicas das pessoas com deficiência e para a ruptura de obstáculos e paradigmas. Tudo isso como parte da pluralidade de identidades que marca o sujeito pós-moderno, como diz Stuart Hall (2006), e dos novos movimentos sociais que, conforme analisa Boaventura de Sousa Santos (2010), nas últimas décadas, marcam lutas políticas em países centrais, periféricos e semiperiféricos, protagonizadas por grupos sociais congregados por identidades. As primeiras organizações atuando pelos direitos das pessoas com deficiência surgem, sobretudo, nos Estados Unidos, a partir da criação dos Centros de Vida Independente, defendendo ser a deficiência uma manifestação da pluralidade humana, usando um conceito de Hannah Arendt (2010), e não uma anormalidade ou patologia.

3 Vale dizer que há críticas por parte de representantes do movimento de pessoas com deficiência quanto aos procedimentos de coleta destes dados no Censo 2010 do IBGE.

Com isso, os/as ativistas se opunham ao modelo médico da deficiência, que a definia como um impedimento, uma doença, com base em um modelo de ser humano normal, instituído pelas expectativas normativas e tentativas de normatização da vida.[4] Em detrimento deste aspecto, defendia-se um modelo social da deficiência, de maneira que os impedimentos eram reconhecidos como relacionados aos ambientes sociais restritivos e repletos de barreiras à participação plena e à autonomia de pessoas com deficiência (DINIZ; MEDEIROS; BARBOSA, 2010, p. 100).

Já sobre o movimento de pessoas com deficiência no Brasil, de acordo com a publicação *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil* (BRASIL, 2010), nas últimas décadas, as pessoas com deficiência têm obtido mais visibilidade e conquistado mais espaços, como resultado da maior articulação política em defesa de direitos e do combate à discriminação. A partir do final dos anos 1970, o movimento surgiu no país, no contexto de abertura política, atuando como agente de sua história, de forma que um lema difundido internacionalmente foi adotado: "Nada sobre nós sem nós" (BRASIL, 2010, p. 19).

É possível dizer que, nos últimos anos, há maior representação de pessoas com deficiência em diferentes instâncias, o que tem contribuído para a formulação de políticas que atendam às suas especificidades, por exemplo, na educação e na saúde. O mesmo ocorre na grande mídia, em geral, com participação de pessoas com deficiência em programas de televisão, filmes e noticiários. *Closed caption*, legendas e janela com intérprete de Língua de sinais brasileira (Libras) são recursos de acessibilidade ocasionalmente disponibilizados, assim como veículos adaptados são vistos nas ruas.

No entanto, como lembra Debora Diniz (DINIZ; SANTOS, 2010), se, por um lado, as reivindicações das pessoas com deficiências são demandas na esfera dos direitos, por outro, uma vida sem discriminação ainda está longe de ser

4 Na dissertação em questão, apresenta-se uma reflexão mais aprofundada do quanto os processos discriminatórios e a invisibilidade com relação às pessoas com deficiência estão associados, sobretudo, a práticas biomédicas de tentar estabelecer parâmetros de normalidade para os seres humanos. Neste sentido, o não enquadramento nos modelos estabelecidos de normatização da vida implica a exclusão de pessoas, bem como na consolidação de estigmas e na não garantia de direitos, pela invisibilidade e falta de reconhecimento da diversidade humana. Para um aprofundamento nessas reflexões, recomendamos a leitura da dissertação.

uma conquista entre todas elas. Além disso, a maior presença e a formulação de políticas ou de legislações específicas para pessoas com deficiência não têm significado dizer que estas têm saído do papel. Há ações controversas e que têm sido alvo de críticas, sobretudo por não tratarem a deficiência como transversal a outros aspectos da diversidade de brasileiros/as, já que podem haver mulheres, crianças, adolescentes, negros/as, jovens, indígenas etc., com deficiência.

Sem contar que é frequente que a cobertura midiática acerca de pessoas com deficiência apresente abordagens discriminatórias que ora as supervalorizam, caracterizando-as como "especiais", heroínas que superam limites; ora as subestimam, associando a deficiência a um problema digno de caridade, "coitadas", reforçando estigmas, em detrimento de as reconhecerem como sujeitos de direitos. Ou como pessoas que, pela condição de deficiência, precisam ser mais protegidas, o que evidencia, conforme diz Werneck, que "as questões relacionadas à deficiência ainda não estão no TODOS do cotidiano da mídia porque ainda não fazem parte do TODOS social, que exclui partes do TODO maior, a humanidade" (1999, p. 39).

Em termos de legislação, a brasileira é reconhecida internacionalmente pelo tratamento afirmativo dos direitos das pessoas com deficiência. Seja pelos princípios gerais de cidadania previstos pela Constituição Federal, seja pela ratificação de leis, na prática, esta efetivação de direitos ainda é distante. Para exemplificar, como legislação nacional, há o Decreto Federal nº 5.296/2004, conhecido como a Lei da Acessibilidade. Prazos são estabelecidos para que se implementem medidas de acessibilidade, tanto arquitetônica, quanto comunicacional, e estabelecimentos de uso coletivo e atividades públicas se mantêm inacessíveis. Além desses decretos, há normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), apresentando recomendações.

O Brasil também é signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), reconhecendo tal documento como parâmetro para garantia dos direitos humanos de pessoas com deficiência. A Convenção e seu Protocolo Facultativo foram ratificados pelo Congresso Nacional com o Decreto Legislativo nº 186/2008, de forma que seus artigos são de aplicação imediata, passando a definir deficiência pelo modelo social e estabelecendo referências legais baseadas nos direitos humanos,

inclusão e participação plena (BRASIL, 2010, p. 114). Assim, pessoas com deficiência são consideradas "aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (BRASIL, 2010, p. 24).

O que ocorre é que, no cotidiano das pessoas com deficiências, diferentes barreiras se evidenciam, entre as quais: 1) arquitetônicas – falta de acesso físico, por meio de rampas e outras adaptações, impedindo a autonomia e a livre circulação de pessoas com deficiência; 2) comunicacionais – falta de recursos que assegurem o acesso à informação e comunicação, sobretudo a pessoas com deficiências sensoriais (visual e auditiva), sem a disponibilização de materiais em formatos acessíveis; e 3) atitudinais – atitudes de preconceito, resultando em práticas discriminatórias e excludentes. Lamentavelmente, estas barreiras se evidenciam em diferentes áreas, como na saúde. São reflexos, como já discutido, de insistentes práticas de normatização da vida, de criação de modelos de seres humanos. São reflexos do não reconhecimento de que, como caracteriza Arendt (2010, p. 10), "a pluralidade é a condição da ação humana porque somos todos iguais, isto é, humanos, de um modo tal que ninguém jamais é igual a qualquer outro que viveu, vive e viverá".

As conferências de saúde como espaços públicos de participação e de múltiplos discursos

Feito esse panorama das movimentações de pessoas com deficiência, apresentamos uma contextualização quanto à participação social no SUS. Para isso, vale lembrar que tal sistema está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários, que devem guiar suas práticas em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Como princípios doutrinários, temos: a universalidade, a integralidade e a equidade, de maneira que Vasconcelos e Pasche (2006) adicionam o direito à informação, por ser um requisito básico para a afirmação da cidadania. Quanto às diretrizes organizativas, aquelas que imprimem racionalidade ao funcionamento, destacam-se: descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, bem como a participação comunitária.

Ao se tornar diretriz organizativa do SUS, a participação comunitária, regulada pela Lei nº 8.142/1990 e pela própria Constituição Federal, se traduziu na criação das conferências[5] e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, bem como em colegiados de gestão nos serviços de saúde, assegurando que atores sociais fizessem parte desses processos, com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Conforme lembram Guizardi, Pinheiro e Machado (2005), a partir da Constituição Federal de 1988, tem havido diferentes formas de qualificar a participação em saúde – popular, política, social e da comunidade –, o que sinaliza compreensões diferenciadas sobre esse significado. Ao se aprofundarem nas possibilidades e desafios de participação no SUS, tais autores/as destacam que este princípio, nas últimas décadas, apresenta como objetivo incluir nos debates em saúde atores historicamente excluídos:

> [...]o princípio da participação social na saúde vem exprimindo o objetivo de tornar presentes no processo decisório vozes que historicamente foram silenciadas, fazendo emergir os conflitos que as submergiam no jogo de forças que produz a invisibilidade social e a normalização daqueles que utilizam os serviços. Vozes que conclamam o direito à diferença, a alteridade dos usuários e a dignidade no atendimento às demandas dos usuários que buscam os serviços de saúde. (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 226).

Se tais autores/as falam em tornar presentes vozes silenciadas nos processos decisórios em saúde, pensando no objeto deste texto – as pessoas com deficiência –, pode-se dizer que muitas dessas vozes continuam em silêncio, sobretudo no caso de pessoas surdas, que não se expressam da forma convencionada pelo senso comum, mas por seus corpos e sinais com as mãos, com a Libras. O que se identificou quanto à participação de pessoas com deficiência nas conferências de saúde será aprofundado adiante, mas, como antecipam esses/as autores/as, o reconhecimento das diferenças de usuários/as ainda é um desejo, evidenciando um jogo de forças que produz invisibilidade social e compromete o caráter participativo e democrático de algumas arenas políticas.

5 Vale dizer, no entanto, que as conferências, por exemplo, já tinham sido iniciadas no governo Vargas, mas como um fórum estritamente técnico (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 26).

De acordo com o artigo 1º da Lei 8.142/1990, resultante do Movimento Sanitário e de parlamentares aliados/as:

> O SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
>
> I – a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde". (BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

Com isso, representantes do governo, prestadores/as de serviço, profissionais de saúde e usuários/as ganham legitimidade para ocupar esses espaços, em nome de uma democracia participativa, da definição e execução da política de saúde e do anseio por apresentar suas demandas. No caso das conferências, estas acontecem de quatro em quatro anos, com a representação de segmentos sociais, a fim de avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. São instâncias de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, e com a participação de diferentes atores e segmentos (GUIZARDI et al., 2004), tornando presentes no processo decisório vozes que historicamente foram silenciadas.

Antes de avançarmos na compreensão do papel das conferências no país, já que o lócus do presente estudo foram edições de conferências de saúde em 2011, vale recorrer, novamente, a Telles e a suas reflexões sobre direitos sociais baseadas em Arendt, desta vez, acerca dos espaços públicos. Para Arendt, a história do mundo moderno poderia ser descrita como a da dissolução do espaço público, considerando, assim, a sociedade moderna como despolitizada e marcada por uma indiferença com as questões públicas, por conta do individualismo e dos interesses privados. Com isso, essa dissolução implicou a perda de um mundo comum e de interlocução possível, por considerar que "o espaço público é o espaço do aparecimento e da visibilidade", sendo a visibilidade o que constrói a realidade. E mais: "tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos", de maneira que "[...] ser visto e ouvido por outros é importante pelo fato de que todos veem e ouvem ângulos diferentes" (apud TELLES, 1999, p. 40).

Outro aspecto definidor do espaço público para Arendt é ser construído pela ação e discurso, vinculados à pluralidade humana, como espaço da deliberação conjunta, através da qual pessoas se tornam interessadas e responsáveis pelas questões que dizem respeito a um destino comum. Além disso, o espaço público é, segundo a autora, uma "comunidade politicamente organizada", havendo uma interação mediada pelas leis, cujo papel é delimitar o espaço no qual a interação política se dá e pode realizar e que garante o direito comum à ação e à opinião, de maneira que é assegurado a todos/as o direito à participação na vida pública (TELLES, 1999).

Apesar de Arendt apontar para uma dissolução deste espaço público na modernidade, Telles ressalta que é possível falar em espaços públicos como espaços políticos, onde os direitos podem ser pensados como linguagem política que articula práticas individuais e coletivas num espaço comum de pertencimento. Neste sentido, consideramos as conferências como tal, a partir da definição de Arendt de espaço público como de ação e discurso, deliberação conjunta e de pluralidade humana. E, com base nas análises da presente pesquisa, evidenciou-se que essas conferências, de fato, reúnem uma pluralidade de atores sociais em defesa de interesses privados, na busca que o aparecimento colabore para o acesso a direitos e o reconhecimento de suas demandas. Por conseguinte, reúnem diferentes discursos na reivindicação por demandas específicas, e que, de certo modo, em comum têm a defesa pelo direito humano à saúde. Assim, conselhos e conferências são, então, espaços públicos, de circulação de discursos em que, como diz Arendt, quem tem voz é visto. Ao mesmo tempo, são espaços com fluxos comunicacionais e informacionais marcados por jogos de poder, silenciamentos e disputas de interesse, por visibilidade e por reconhecimento.

Com base em Araújo e Cardoso (2005, 2007) e Oliveira (2004a, 2004b, 2007), as conferências foram consideradas arenas políticas marcadas por múltiplos discursos e diferentes formas de fala e escuta, de fluxos comunicacionais e informacionais e de níveis de saber, que tanto podem reiterar um poder vertical, quanto proporcionar relações mais horizontais, democráticas e compromissadas com o interesse coletivo. A comunicação assume papel fundamental nesses processos de jogos de poder e é central em muitos dos entraves ao reconhecimento e à inclusão da diversidade de grupos sociais mais vulnerabilizados e suas

demandas, sobretudo se considerarmos o poder simbólico presente, não bastando ser visto, mas também reconhecido.

Direito à comunicação e informação: desafios para pessoas com deficiência nas conferências de saúde

Partindo do reconhecimento das conferências de saúde como espaços públicos de múltiplos discursos e do direito à comunicação e informação como fundamentais para o direito à saúde,[6] apresentamos a seguir análises do que se observou entre as reivindicações e desafios para a participação de pessoas com deficiência nas conferências de saúde de 2011 consideradas.

Vale dizer que, ao falarmos dos processos de comunicação de pessoas com deficiência, tratamos de práticas não marcadas necessariamente por formas convencionais de circulação de mensagens. Os atores aqui analisados ora não discursam por vozes ou escrita, do mesmo modo que não interagem e acessam enunciados pela escuta. Expressam-se por mãos, símbolos, cadeiras, bengalas e corpos; escutam com os dedos. Ora não bastam informativos impressos em tinta para disseminar conteúdos sobre os movimentos que representam ou para reivindicar apoio em defesa de seus direitos. Em geral, são silenciados/as pela falta de recursos mínimos de acessibilidade que assegurem direito à informação, comunicação e participação, porque sequer são lembrados/as como sujeitos de direitos, submetidos a uma invisibilidade que os vulnerabiliza.

Isto é observado, por exemplo, quando analisamos os vídeos de convocação para que conselheiros/as participassem da 14ª Conferência Nacional de Saúde, e que foram disponibilizados no site do Conselho Nacional de Saúde. No caso do vídeo de pronunciamento do então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciando a conferência, há apenas a oferta da legenda em português (PRONUNCIAMENTO, 2011), quando a legislação brasileira, por meio do Decreto Federal nº 5.296/2004, prevê outras medidas, como a audiodescrição e a janela com intérprete de Libras. Em outro vídeo, o mesmo ministro e a coordenadora geral desta edição da conferência nacional, a conselheira Jurema

6 Na edição da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2015, uma moção foi aprovada em defesa do direito à comunicação e à informação como fundamentais para o direito à saúde. O documento está disponível em <http://pensesus.fiocruz.br/mocao_15CNS>.

Werneck, falam da importância das etapas locais e convidam todos/as os/as brasileiros/as a participarem (CONVOCAÇÃO, 2011). Todavia, neste caso, nem ao menos a legenda em português é disponibilizada e, além disso, no discurso da coordenadora geral, é enumerada uma série de identidades a participar:

> Você do campo, da cidade, das florestas, das águas, quilombolas, mulheres e homens negros, brancos, ciganos, indígenas, lésbicas, gays, transexuais e travestis, brasileiras e brasileiros, sejam todas e todos bem-vindos na 14ª Conferência Nacional de Saúde. A 14ª CNS é um marco na história das lutas pela saúde pública no país. [...] Nesse momento, você tem a oportunidade de contribuir com a saúde da sua cidade, do seu estado, do seu país. Participando ativamente do processo da 14ª CNS, você ajuda a melhorar o Sistema Único de Saúde, a fortalecer o SUS e a garantir que ele continue sendo uma política pública acessível a todas e todos, cumprindo um direito que é seu, garantido pela Constituição. Lutar pela sua saúde, a saúde de todas e todos é exercitar a democracia participativa e permitir que as riquezas produzidas por brasileiras e brasileiros sejam devolvidas na forma de uma política pública de todos e para todos, com qualidade e no tempo necessário. Para colaborar com sua participação, preparamos um documento para orientar os debates e as suas reflexões. Ele está disponível na Internet e nos conselhos de saúde. Conheça esse documento, dialogue sobre as questões que ele traz. [...] Não perca esta oportunidade. Todas e todos usam o SUS e podem utilizá-lo e defendê-lo cada vez mais. [...] Nós do Conselho Nacional de Saúde desejamos a você sucesso nas etapas municipais e estaduais e, em dezembro, aguardamos você na etapa nacional da 14ª CNS.

Como é possível observar, entre as identidades descritas, não se fala em pessoas com deficiência, e menos ainda são assegurados recursos de acessibilidade. Isto levou às seguintes perguntas: a falta de medidas de acessibilidade e a não referência à deficiência são evidenciadas também em conferências de saúde? As formas de expressão deste grupo populacional são reconhecidas nestes espaços e seu direito à participação é assegurado? Como acessam informação, se comunicam e movimentam nas conferências, serviços e unidades de saúde?

Vozes e sinais nas conferências: acessibilidade

A partir destas inquietações, desenhou-se uma metodologia para observar as movimentações de pessoas com deficiência em conferências de saúde, considerando os processos comunicacionais e as práticas discursivas em atividades

de uma conferência de saúde municipal (do Rio de Janeiro), estadual (do Rio de Janeiro) e nacional de 2011. Tentou-se desenvolver uma pesquisa social qualitativa e inclusiva,[7] para assegurar a participação efetiva da multiplicidade possível de entrevistados/as. Ao todo, foram entrevistadas 57 pessoas nas três conferências, entre delegados/as de todos os segmentos representados, sendo que 30 não tinham deficiência, 24 tinham e três, embora sem, representavam instituições pelos direitos das pessoas com deficiência.

É importante lembrar que a participação só se concretiza quando vozes diversas se apresentam ao diálogo como sujeitos na construção de sentidos e mundos (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005). Neste sentido, a comunicação ganha uma dimensão estratégica em espaços participativos e vai além do caráter mais instrumental que lhe é, em geral, atribuído no contexto da saúde. Conforme propõe Cardoso (2007, p. 50), "comunicar não é apenas passar uma informação, porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder".

No ato da inscrição para cada etapa, os/as delegados/as tiveram que preencher uma ficha cadastral, registrando, por exemplo, se tinham alguma deficiência e se precisariam de recursos de acessibilidade. No caso da ficha para a Conferência Nacional, ainda se perguntou acerca da alimentação, a fim de levantar restrições alimentares e como uma iniciativa para conhecer as especificidades da multiplicidade de delegados/as presentes.

Nos locais onde aconteciam a abertura e as plenárias gerais das Conferências Estadual do Rio de Janeiro e da Nacional de Saúde, havia a presença de intérprete de Libras, sendo que, nos demais espaços, como salas dos GTs, não. Já na Conferência Municipal, no entanto, não havia intérprete de Libras, contrariando o estipulado pelo Decreto Federal nº 5296/2004, em se tratando de um evento público, em espaço de uso coletivo.

Uma situação inusitada sobre a presença de intérprete de Libras se repetiu algumas vezes na Conferência Estadual. Durante mesas temáticas, palestrantes

7 O questionário para as entrevistas semiestruturadas e o termo de consentimento foram disponibilizados em letra ampliada e em Braille, com apoio do Instituto Benjamin Constant, a fim de garantir o acesso a pessoas cegas. Além disso, contou-se com intérprete de Libras no caso de entrevistado surdo.

exibiram slides projetados em telões, de maneira que, no canto inferior da tela, à direita, como recomendado pela ABNT, havia janela com transmissão do intérprete de Libras. Em alguns casos, a janela se sobrepunha ao conteúdo projetado, e ora o público que acompanhava, ora palestrantes, entre representantes de governo e Conselho Nacional de Saúde, solicitavam a sua retirada. Não havia o reconhecimento de que se tratava de um direito e muito menos de uma língua, tão oficial quanto o português no Brasil.

As três conferências de saúde analisadas ofereceram bolsas com materiais, incluindo *folder*, programação, caderno de propostas, regimento e, no caso da nacional, havia um manual do/a participante, com detalhes sobre o local do evento e atividades paralelas. No último dia, foram distribuídos cadernos com as propostas aprovadas nos GTs para irem à votação nas plenárias finais. No entanto, não foram assegurados o direito à comunicação e informação, a começar por que os conteúdos não foram disponibilizados em outros formatos, além de em tinta e impresso, o que, conforme a fala de entrevistados/as com deficiência aponta, não se garantiu autonomia, como no caso de pessoas com deficiência visual que leem em Braille ou preferem ouvir os conteúdos; ou aquelas com baixa visão que precisam do material em letra ampliada ou versão digital para lerem com o auxílio de programa de leitura de tela.

Nas três conferências havia pessoas cegas e estas dependiam da leitura das propostas durante os GTs e plenárias, de forma que consultar, voltar ao texto, como usualmente se faz para compreender o que está escrito, ou acompanhar o conteúdo lido no meio do caos de discussões típico das conferências, era uma missão praticamente impossível. Na nacional, observamos pessoas cegas que tiveram acompanhante, garantido/a pela comissão organizadora, embora pessoas com baixa visão tenham relatado que não tiveram esta opção, nem audiodescrição para compreenderem o que se passava, além do que era lido.

Assegurar medidas de acessibilidade tem um aspecto complexo, porque nem todas as pessoas com a mesma deficiência se sentem confortáveis em acessar informações a partir dos mesmos recursos. Isto ficou evidente em diferentes momentos, como na Conferência Municipal, quando, ao entrevistar uma pessoa cega, fiquei sem jeito porque não tinha levado o termo de consentimento em Braille, por não ter conseguido solicitar o material em tempo hábil. No entanto,

esta pessoa disse que não tinha se acostumado com Braille, depois que ficou cega já em idade adulta, e preferiu que eu lesse o conteúdo. Do mesmo modo, uma pessoa cega na edição Nacional disse que tinha problemas nas mãos em decorrência de fibromialgia, preferindo o áudio. Já na Estadual, ainda estava sem o material em Braille, certa de que poderia ler o documento, quando a pessoa cega entrevistada reclamou da falta de materiais neste formato.

Comunicação e informação para pessoas com deficiência nas conferências

Durante as conferências de saúde, as seguintes perguntas referentes à comunicação e informação foram feitas para delegados/as com deficiência: 1) como veem o papel da comunicação e da informação no seu cotidiano e no contexto da saúde; 2) como se comunicam e trocam informações na atuação como conselheiros/as; e 3) questões de comunicação e informação estavam entre as suas reivindicações.

Em geral, as entrevistas mostraram um reconhecimento do papel importante da comunicação e informação na saúde, apontando mais para um entendimento instrumental, como canais para auxiliarem em processos educativos e de divulgação. Outra dimensão destacava a importância de processos comunicacionais para intercâmbio de experiências, reconhecendo conferências de saúde como espaço privilegiado para compartilhar informações. Ressaltou-se, assim, o papel destes encontros para visibilizar demandas, havendo, entretanto, diferentes entendimentos do que é e como dar visibilidade. Por exemplo, houve protestos na Conferência Nacional de Saúde, por parte de pessoas cegas que não receberam materiais acessíveis, reivindicando silêncio na leitura de propostas. E também de pessoas em cadeiras de rodas, por conta dos hotéis e transporte sem acessibilidade.

Efetivar os princípios do SUS nas práticas comunicacionais ainda é um desafio que esbarra nas forças de poder, como dizem Guizardi e Pinheiro (2006), e é destacado pela única delegada sem deficiência que tratou de comunicação e informação:

> Porque eu acredito na informação, na democracia e que sozinho a gente não vai mudar esse país. E percebo mais. A gente vive um retrocesso, por conta da

> falta, não de informação, mas de comunicação. [...] Porque parece que a gente não está lutando por uma causa, mas por um espaço político ou financeiro, de garantia econômica. E no passado, quando eu comecei a minha militância, há mais de 20 anos atrás, a gente lutava por uma causa. Seja a causa da garantia dos direitos da criança e adolescente, da mulher, do negro, da população indígena, do idoso... [...] e hoje a gente acaba travando uma luta como se a gente não fosse parceiro, mas adversário, no próprio movimento. Eu percebo que de uns tempos pra cá a questão econômica e os interesses políticos tão sobrepondo a causa maior que é a qualidade de vida.

Esta fragmentação e interesses privados que se sobrepõem às causas comuns resgatam o argumento de Arendt ao dizer que não existem mais espaços públicos, embora eu continue a considerar as conferências de saúde como tal, em função de identificar outras características definidas pela autora, como apresentamos mais acima. Mas cabe dizer que este aspecto da fragmentação pode ser percebido dentro da deficiência, de maneira que se tende a lutar especificamente pelas demandas da sua deficiência, não se considerando outras. Neste sentido, uma delegada surda falou:

> A gente sente é exatamente a falta da comunicação e da informação. É essa barreira que ainda existe dentro da saúde, por exemplo, essa própria conferência que não teve uma divulgação adequada pra pessoa surda. Infelizmente eu tô aqui sozinha, representando uma nação de surdos, não tenho apoio de outros pares para que pudéssemos juntos dar prosseguimento. Os deficientes estão espalhados, não estão agrupados e cada um está lutando pela sua classe.

A falta de divulgação adequada foi apontada quando falamos, mais acima, sobre o vídeo de divulgação e convocação para a 14ª Conferência Nacional de Saúde, sem medidas de acessibilidade e sem mencionar pessoas com deficiência. Por fim, quanto às formas de se comunicarem e trocarem informações, basicamente apontaram as reuniões e eventos ligados à saúde como fundamentais. Em alguns casos também se falou da importância da Internet, a partir de e-mail, listas de discussões e redes sociais. Ao mesmo tempo, uma delegada chamou a atenção para o cuidado com as informações disseminadas na Internet, nem sempre verdadeiras e favoráveis à saúde, prometendo, por exemplo, cura de algumas deficiências e que são infundadas.

Considerações finais

Muitas das observações e reivindicações apresentadas acima por delegados/as entrevistados/as nas conferências de saúde estão associadas a diferentes aspectos da acessibilidade, dando uma dimensão dos desafios e expectativas das pessoas com deficiência. As restrições de comunicação e informação foram mais pontuadas no que diz respeito à acessibilidade de pessoas com deficiências sensoriais, que não tiveram acesso a materiais em letra ampliada, áudio, Braille ou meio digital. Também reivindicaram audiodescrição, acompanhante e, no caso da pessoa surda, sinalizações mais visuais, por meio de ilustrações e cartazes, sobre a localização das atividades.

Diante disso, a acessibilidade, em suas diferentes roupagens, é fundamental para termos conferências de saúde efetivamente inclusivas, que assegurem a participação de diferentes grupos sociais, sendo importante que a organização desses eventos leve em conta a diversidade de atores envolvidos e suas especificidades. Ao mesmo tempo, requer mais atenção ainda da sociedade em geral, já que as barreiras de acessibilidade observadas nestes espaços são um reflexo das evidentes nas ruas, prédios, teatros, cinemas, ônibus, escolas, hospitais etc. Por conseguinte, resultam de uma ainda invisibilidade em relação a estas pessoas ou da insistência de se reproduzir a expectativa normativa descrita por Goffman, não se considerando a pluralidade humana. Enquanto isso, seguimos sem campanhas televisivas de prevenção de doenças em formatos acessíveis, os hospitais continuam sem acessibilidade plena, o acolhimento no atendimento em saúde ainda é um desejo e as reclamações por conta de desrespeitos marcam os discursos dos/as entrevistados/as com deficiência para esta pesquisa.

Embora possamos falar em participações, já que em cada conferência pessoas com deficiência participaram de maneira completamente diferente, o fato é que, considerando as observações e dados coletados nesta pesquisa, não se pode negar: pessoas com deficiência estão nesses fóruns. Com todas as discursividades, fluxos comunicacionais marcados pela pluralidade de interesses privados, como diz Arendt (2010), disputas e com a falta de acessibilidade que compromete e nega a pessoas com deficiência o direito à comunicação e à informação, representantes deste grupo social se movimentam de algum modo.

Deste modo, tentamos apontar que uma série de contradições caracteriza estes espaços participativos de saúde, sobretudo porque, ao mesmo tempo que algumas propostas já existem como política e lei, ainda não foram de fato implementadas. Além disso, os espaços que deveriam assegurar a participação não são plenamente para todos/as, na perspectiva da integralidade, universalidade e equidade que propõe o SUS. Impasses e desafios à plena efetivação do direito a participar existem, como observamos no caso das pessoas com deficiência com a falta da acessibilidade física e comunicacional, e também atitudinal.

O reconhecimento da pluralidade humana, em detrimento da normatização da vida, deve ser garantido em um espaço para todos/as, não cabendo falar em "pessoas normais" ou em outras com "necessidades especiais". Com toda a diversidade presente, temos diferentes cidadãos/as, com necessidades específicas e que precisam ser contempladas.

Diante dessas considerações, mesmo com todas as restrições evidentes, as movimentações de pessoas com deficiência observadas nas conferências de saúde assumiram papel estratégico para que apresentassem suas reivindicações. Quanto mais ocupam esses espaços, se movimentam e reivindicam, como aconteceu na 14ª Conferência Nacional de Saúde, mais possibilidades têm de colaborar para terem espaços acessíveis. Ainda é preciso, no entanto, romper com invisibilidades e assegurar que as múltiplas possibilidades de participação sejam garantidas nesses espaços, para além das vozes e dos gritos, e para que, de fato, sejam participativos. Como disse uma entrevistada, "o sujeito fala, com a língua que for o sujeito fala e diz qual é o tamanho do seu direito e como realizar". Além da língua, é necessário reconhecer que este sujeito fala de tantas outras maneiras, às vezes com as mãos, com sinais, com o corpo.

Referências

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. 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/UERJ: Abrasco, 2005. p. 239-251.

_____. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, H. *A condição humana*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 2 maio 2011.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. JÚNIOR, L.; MARTINS, M. C. (Comp.). *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada*. Brasília, 2008. p. 164.

CARDOSO, J. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 45-55.

CONVOCAÇÃO À 14ª Conferência Nacional de Saúde - YouTube.flv. You Tube. Vídeo, 5:05'. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=sGftSPh8tws&feature=relatedh>. Acesso em: 13 jul. 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, L. (Org.). *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Letras Livres EdUnB, 2010.

DINIZ, D.; SANTOS, W. (Org.). *Deficiência e Discriminação*. Brasília: Letras Livres EdUnB, 2010.

EQUIPE Inclusive. Há mais de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo, segundo relatório pioneiro. Inclusive, 9 jun. 2011. Disponível em <http://www.inclusive.org.br/?p=19856>. Acesso em: 4 dez. 2011.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro,v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n, 3, p. 797-805, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. 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/UERJ: Abrasco, 2005. p. 225-238.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

IBGE revela: 45,6 milhões de brasileiros tem algum tipo de deficiência, Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Governo de São Paulo, 24 nov. 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=890>. Acesso em: 4 dez. 2011.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.2, p.56-69, mai./ago., 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/06.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

_____. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 29-43.

_____. Comunicação, Controle Público e Participação Popular no Sistema Único de Saúde. *Revista acadêmica do grupo comunicacional de São Bernardo*. n.2, jul./dez. 2004a. Disponível em: <http://www2.metodista.br/unesco/GCSB/artigo_comunicacao.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

PRONUNCIAMENTO da 14ª Conferência Nacional de Saúde. You Tube. Vídeo, 2:08'.Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=uq8Qg5d8WUY&NR=1>. Acesso em: 13 jul. 2011.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice:* o social e o político na pós-modernidade. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TELLES, V.S. *Direitos sociais:* afinal do que se trata? Belo Horizonte: UFMG, 1999.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.531-562.

WERNECK, C. *Sociedade inclusiva.* Quem cabe no seu todos? Rio de Janeiro: WVA, 1999.

WHO. World report on disability. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html>. Acesso em: 4 dez. 2011.

Participação da sociedade civil e o engajamento público na agenda nacional de prioridades em pesquisa: o cotidiano do CNS com foco na hanseníase*

Marcelo Luciano Vieira
Roseni Pinheiro

Introdução

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um espaço privilegiado onde se dá a relação entre Estado, ciência e sociedade. É o foro de deliberação das políticas de saúde do país, instituído, inclusive, por força de lei (nº 8142/1990).

O CNS é tomado neste estudo como *lócus* de pesquisa, focalizando seu cotidiano a partir da análise dos seguintes documentos: 234 atas de reuniões ordinárias, 98 atas de reuniões extraordinárias e seus resumos executivos, no período de 1994 a 2014. Tendo em vista a articulação da prática histórica do movimento social, de caráter nacional, no campo da hanseníase e as possibilidades e perspectivas de seu engajamento, ou não, na definição da agenda de prioridades em pesquisas, pareceu-nos pertinente essa temática para integrar a presente coletânea.

* Este texto trata de uma das temáticas abordadas na tese de doutorado de Marcelo Vieira, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação Comunicação e Inovação Tecnológica em Saúde do ICICT/Fiocruz, intitulada *Do controle ao participATIVO: engajamento público e informação em hanseníase como caminhos para um novo civismo*, sob a orientação da profa. Roseni Pinheiro. Sua elaboração atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

Este estudo teve por objetivo a análise crítica dos papéis da informação e da participação da sociedade civil na definição da agenda de prioridades em pesquisas no campo da hanseníase. Buscou-se compreender se o esforço empreendido pela sociedade civil, de 1994 a 2014, interferiu direta/indiretamente na definição da agenda nacional de prioridades de pesquisa em hanseníase. E, se interferiu, como se deu essa interferência? Tal compreensão consistiu em entender e descrever em apontar as principais questões da organização de uma associação de pessoas em prol de uma causa, que, antes de qualquer ideal, tinha como premissa básica a preservação da vida.

Por que estudar a participação da sociedade civil na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisas? Entendemos que um importante passo no rumo da democratização das instituições foi o fato de a II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS/2004), inserir um novo ator neste processo de organização da Agenda, a sociedade civil, como um agente do processo de deliberação em suas decisões. Daí então, uma das chaves para a investigação que este estudo buscou responder consistiu na seguinte pergunta: como se deu a participação da sociedade na definição da agenda nacional de prioridades de pesquisa em hanseníase?

Participação da sociedade civil: caminhos para novas relações cívicas como engajamento público na defesa da integralidade das ações no trato da hanseníase

Se partirmos do pressuposto que a práxis é um dos pilares para conformação de uma nova relação cívica, ou no mínimo a dimensão ideológica da base de uma cultura de participação mais cívica, espera-se que se leve em conta, além da dimensão ideológica, também a dimensão educativa, cuja perspectiva, aqui trabalhada se ampara no princípio educativo de Gramsci (2000). Princípio no qual a compreensão da historicidade do social, a emancipação política do proletariado, não está desvinculada da economia, do desvendamento das relações de produção, mas também não se esgota no terreno econômico. Em meio às condições de subalternidade intelectual às quais sempre estiveram submetidas as classes trabalhadoras, faz-se necessário o direcionamento de

novo projeto cultural, que permita o desenvolvimento de uma vivência mais cívica, democrática e independente do domínio ideológico da classe burguesa (GRAMSCI, 2000).

De acordo com Acanda (2006), civismo pode ser entendido como um conjunto de ideias tal como uma agência de produção, difusão e reafirmação de normas e valores e dos códigos simbólicos específicos ou como um quadro normativo que dá significado concreto ao sentido da sociabilidade, da solidariedade e da comunidade (ACANDA, 2006, p. 191).

A emergência da "sociedade civil" tornou mais complexas as formas de estruturação das classes sociais e sua relação com a política. É nesse cenário que Gramsci (2000) indica as possibilidades de construção de uma nova sociabilidade, com a transformação das condições de vida das classes subalternas, que passa, necessariamente, pela construção de uma nova hegemonia, cujo processo de estruturação não ocorre somente a partir do campo econômico. Para Simionatto "*exatamente porque GRAMSCI tem a clara compreensão de que a estrutura da sociedade é fortemente determinada por ideias e valores, que a luta pela hegemonia também encerra em si num debate sobre a cultura*" (SIMIONATTO, 1997, p. 3).

A sociedade civil, no pensamento gramsciano, apresenta-se como o "*conjunto dos organismos chamados 'privados' e que corresponde à função de hegemonia que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade"* (GRAMSCI, 2000, p. 1518). A denominação "privados" não se contrapõe ao que é público e tampouco contradiz o caráter de classe desses organismos e suas diferentes formas de expressão, de maneira que a sociedade civil não se constitui num espaço homogêneo, mas, sim, permeado por contradições. Em linhas gerais, a "sociedade civil" é um conceito apresentado sem predileção, como expressão exclusiva dos interesses das classes subalternas. Contudo, na sociedade civil estão organizados tanto os interesses da classe burguesa – como instrumentos de dominação/coerção –, quanto os interesses das camadas de classes subalternas – como possibilidades para o estabelecimento do contravalor ou da contra-hegemonia.

O Conselho Nacional de Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas

A primeira vez em que o tema da Agenda de Prioridades de Pesquisa apareceu no CNS foi por ocasião do debate em torno da adoção do modelo de gestão de planejamento plurianual, quando o

> Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, Valcler Rangel Fernandes, acrescentou que, visando à implementação do modelo de planejamento em saúde, estavam sendo desenvolvidas as seguintes ações: **definição de prioridades regionais, com base nas diretrizes apresentadas no Plano Nacional de Saúde**; **definição de metas regionais a serem aprimoradas nos estados; definição de diretrizes para o investimento em saúde;** definição de um modelo de regionalização; revisão normativa capaz de garantir a **integração do processo nas três esferas; apresentação da proposta nas oficinas macrorregionais** [...] (CNS, ata 145/2004, grifos nossos).

O primeiro grifo mostra a origem do debate da Agenda de Prioridades de Pesquisa no ambiente do CNS, que, por sua vez, nasce como rege a legislação, atendendo a um imperativo do Plano Nacional de Saúde. Agregue-se a isso a ideia de definição de metas, cuja proposta é de regionalização. O segundo grifo volta-se à ideia de integração do processo nas três esferas, com apresentação nas oficinas macrorregionais.

A reunião de avaliação macrorregional, relativa aos agravos nacionais de que trata a afirmação anterior, foi realizada nos dias 25 e 26 de outubro de 2005, pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). O evento foi intitulado *Oficina de Planejamento* (*PAT) dinâmica e prática,* com validação realizada pela Dra. Vera Andrade, OPAS/OMS (RELATÓRIO III MACRORREGIONAL NORDESTE, 2005). A oficina contou com a participação de diversos representantes do movimento social, profissionais da área e gestores. Essa estratégia, que trouxe alguns componentes significativos para a construção de uma sólida participação social na definição da agenda de prioridades de pesquisa. Por exemplo, a promoção da abertura de canal de diálogo com a sociedade civil, a disponibilidade de reflexão sobre as práticas numa perspectiva de (re)pensar o *modus operandi*, a regionalização como

instrumento de promoção da equidade, entre outros. Quais seriam as estratégias atuais para a definição da agenda de prioridades de pesquisa e como elas levam em conta a participação da sociedade civil?

Uma das estratégias, do ponto de vista da participação na definição da agenda em doenças negligenciadas, ocorreu em função de um convite da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (MS), para que o CNS participasse da Oficina *Prioridades de Pesquisa sobre Doenças Negligenciadas*, realizada entre 5 e 7 de abril de 2006, no Rio de Janeiro (CNS, ata 164/2006).

Em 2007, o CNS aprovou a reestruturação da Comissão de Hanseníase, que era temporária e voltada para a realização do diagnóstico das antigas colônias. Assim, foi aprovada a atual Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase (CIEH), deliberada na 174ª Reunião Ordinária do CNS e publicada por meio da Resolução nº 375, de 14 de junho de 2007.

Como se pôde perceber, a participação direta da sociedade civil na definição da agenda de prioridades de pesquisa, ou mesmo indireta no ambiente do CNS, até março de 2015, não ocorreu, sem falar que também não compunha diretamente o escopo político da luta do movimento social.

Ao refletir sobre as plataformas de luta do movimento social na hanseníase hoje, levantaram-se as seguintes questões: quais têm sido as lutas do movimento social para esse enfrentamento? Como o movimento social tem buscado intervir sobre as condições para a detecção precoce da doença? Quais as perspectivas de luta para que não haja uma incidência crescente na sociedade, uma vez que existem mecanismos de controle, tratamento e cura? Em que, efetivamente, a pensão vitalícia (Lei nº 11.520/2007) alterou a vida das pessoas que sofreram o isolamento compulsório? Quais as estratégias do movimento social para o enfrentamento do estigma que ainda perdura?

Apesar de ter sido reduzida no sentido mais amplo, ainda é perceptível muita violência de Estado ou efeitos trágicos do biopoder reprimindo as pessoas. Como enfrentar esses desafios sem uma agenda de pesquisas que mostre o tamanho, a estrutura, as conexões e as dissensões que essas dimensões impõem às pessoas atingidas pela hanseníase, no seu sentido mais pleno, tal como a ideia usada pelo movimento?

A segunda vez que o tema apareceu foi no momento da apresentação do Relatório da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase, onde foi possível identificar algumas pistas muito peculiares, no trato com a participação social na definição da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisas, como fica evidente na fala do Conselheiro Geraldo Adão Santos.

> Conselheiro Geraldo Adão Santos, coordenador da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase – CIEH -, apresentou a seguinte proposta de Plano de Trabalho da CIEH: 1) Ação da CIEH em relação à **Política Nacional de Saúde: acompanhar as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH – (SVS/MS); acompanhar a implementação da integralidade da atenção à saúde na hanseníase; acompanhar a implantação e implementação das propostas e moções da 13ª Conferência Nacional de Saúde**; **acompanhar, como ações prioritárias dentro do PACTO - PAVS (Programação de Ações de Vigilância em saúde) – PAC/Mais Saúde, as ações de controle da hanseníase, conforme Meta/2011; focalizar, entre as prioridades do PAC – Mais Saúde/PNCH/MS, as seguintes situações: I - as áreas consideradas hiperendêmicas (aglomerados); II - os Estados da Amazônia Legal; III - a ocorrência da doença em menores de 15 anos, adolescentes e jovens**; estabelecer prioridades para conhecer a situação dos 1024 municípios mais afetados [...] (CNS, Ata 190/2008, grifo nosso).

É possível identificar essas pistas em pelo menos três itens: o primeiro quando da proposta de acompanhar as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH/SVS/MS), uma vez que do Programa, à época, também emanava financiamento de pesquisas em saúde. A segunda questão que se destaca é o acompanhamento da implementação da integralidade da atenção à hanseníase, uma vez que aqui a integralidade é tomada como princípio/ação do SUS e, com isso, pode-se dizer que também é uma boa pista para entender a conformação da participação social na definição da agenda de prioridades de pesquisa. Em terceiro lugar, o acompanhamento das moções apresentadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde, cuja proposta é focar nas ações prioritárias definidas naquela oportunidade.

Na Ata da Reunião Ordinária dos dias 20 e 21/02/2013, o CNS deliberou sobre o planejamento do triênio 2013/2015. Foi o momento mais contundente onde a ideia de Agenda de Prioridades em Pesquisas chegou mais próximo do objeto deste estudo.

> Esse processo teve por objetivo principal elaborar o Plano Estratégico do CNS, para o período 2013/2015, **na perspectiva de uma articulação sistêmica com os demais órgãos de controle/participação social do Sistema Único de Saúde – SUS,** e por objetivos específicos atualizar/validar a missão do CNS; realizar análise de situação da estrutura e funcionamento do CNS; **elaborar o Plano de Ação do CNS para o período 2013/2015**, o que **inclui o planejamento da etapa de gestão,** monitoramento e avaliação do Plano; articular estratégias de planejamento com os Conselhos Estaduais de Saúde - CES e Plenárias dos Conselhos; e **promover o reconhecimento mútuo de atores-chave para o planejamento do CNS e do Sistema Nacional de Participação/Controle Social do SUS.** (CNS, Ata 242, 2013, grifos nossos).

Esse trecho aponta para um áureo momento de definição do planejamento trienal do CNS, que se ancora na perspectiva da articulação sistêmica com os demais órgãos de controle e participação social no SUS, o que inclui o planejamento da gestão, visando à promoção do mútuo conhecimento entre os atores-chave para o planejamento do sistema nacional de participação/controle. Aponta, igualmente, para duas observações: a de que a reflexão travada anteriormente sobre a diferença entre participação e controle social é um elemento que, em boa medida, se confirma; e que o planejamento realizado em etapas, apesar de mencionar que inclui a gestão, desconsidera a agenda de prioridades de pesquisa em seu quadro de etapas.

A ideia de participação no controle da política nacional de saúde apareceu como contornos que, se bem observados, apontam para potencialidades na questão da agenda de prioridades de pesquisa. Entretanto, causa estranhamento o fato de que a agenda é aprovada e referendada pelo CNS em 2005, e no momento da realização do planejamento trienal 2013/2015, em nenhuma das etapas ou finalidades propostas no planejamento, a agenda de prioridades é tomada como prioridade. Isso, há cerca de oito anos após a sua aprovação no próprio plenário do CNS.

> Ampliar e fortalecer os espaços democráticos de participação social; **investir na comunicação e informação em saúde, de forma ampla, com acessibilidade**; contemplar "educação em saúde" nos temas transversais debatidos nas escolas, ampliando para discussões sobre seguridade social; e **ratificar mecanismos para fortalecer o controle social. Ações para a sociedade**: ação proativa e permanente no Congresso Nacional; divulgar as ações e princípios do SUS; fortalecer as ações

> do Movimento "Saúde +10"; definir uma estratégia de comunicação voltada à sociedade; considerar, de forma plena, o conceito da acessibilidade. **Princípios: acesso e equidade** (CNS, Ata 242, 2013, grifos nossos).

Ainda sobre o planejamento realizado no âmbito do CNS para o triênio 2013/2015, na afirmação anterior fica visível o papel da informação e da comunicação no CNS, ou seja, são entendidas como ações estratégicas, mas são pouco valorizadas, apesar de terem seu grau de relevância apontadas.

Um dado que chama atenção é o processo de maturação de determinada ação estratégica, como é o caso da Agenda de Prioridades de Pesquisa. Inicialmente, foi recomendada pela II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, teve seu texto aprovado parcial e, posteriormente, teve referendo em uma reunião extraordinária do CNS, em 2005.

Ao final do planejamento realizado pelo CNS, a chave de pesquisa deste estudo apareceu, ainda, em duas novas ocorrências, sendo uma nas "oportunidades" e a outra nas "ameaças", o que atribui à informação relevante papel na concepção de canais de interlocução com a sociedade civil, seja do ponto de vista da necessidade de se garantir o acesso ou mesmo pelo cuidado com a linguagem e com a ética nos processos de pesquisas, visíveis a partir da informação a seguir.

> **Oportunidades:** considerar outros meios de difusão de informação; Sistema de Tecnologia de Informação; informação com linguagem acessível à população; democratização dos meios de comunicação; fortalecimento da CONEP; Resolução nº. 196/96 e complementares; representação da comunidade científica junto aos outros meios de controle social; apropriação da resolução nº. 196/96 e resoluções complementares por parte dos CEPs; articulação e integração da **agenda de prioridade de pesquisa; visibilidade das disparidades raciais em saúde;** discussão e aplicação da licença compulsória; revisão da Lei de Propriedade Intelectual; avanço da tecnologia da Plataforma Brasil; Diretriz nº. 10, do Plano Nacional de Saúde 2012/2015 (CNS, Ata 242, 2013, grifos nossos).

É bem verdade que essa ainda é uma abordagem muito inicial da agenda de prioridade de pesquisas, na qual a discussão ainda está introdutória e voltada para a abertura de canais de interação da agenda e de fortalecimento do próprio Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). De certo modo,

isso dá ao tema aqui proposto certo caráter de precursor no debate, mas torna a tarefa ainda mais difícil (uma vez que houve dificuldade de acessar os dados sobre o objeto pesquisado, apesar da imersão em um conjunto de dados tão significativo, como foi o conjunto das atas).

Outro achado no âmbito do planejamento, quando do relato das "ameaças" foi:

> **[...] falta de apropriação do conhecimento produzido; falta ou inexistência no processo de utilização da tecnologia da informação; fragilidade da política nacional de comunicação em saúde;** mercantilização da vida; distanciamento da comunidade científica em relação às necessidades e da prioridade da política de saúde; fragilidade estrutural do CEP; não apropriação da Resolução nº. 196/96 por parte dos CEPs; **não articulação e integração da agenda de prioridade de pesquisa; racismo institucional, discriminação LGBTT, sexismo, machismo, monopólio; predomínio da lógica de mercado; tempo para a apropriação das novas tecnologias; baixa remuneração das bolsas de pesquisas; não valorização profissional** (CNS, Ata 242, 2013, grifos nossos).

Aqui os itens são bem incisivos quanto à articulação dos entraves, pois ambos têm correlações diretas com o planejamento, com a informação e, essencialmente, com a definição da agenda de prioridades de pesquisa. A informação aparece logo na primeira linha, com a ideia de que o conhecimento é historicamente produzido para justificar financiamentos ou mesmo desenhos estruturais de linhas históricas de pesquisas, mas que, não necessariamente, reflete em geração de competência. Isso quer dizer que uma informação é produzida, mas não é usada, disseminada ou divulgada. Sem contar que revela uma não preocupação com o compromisso social do conhecimento, ou seja, a ideia da devolutiva para a sociedade fica totalmente comprometida.

Este estudo nos trouxe algumas inquietações, principalmente sobre a luta empreendida pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hansenáse (Morhan), que poderia superar as ações de reivindicação e, quem sabe, ancorar seu plano de metas também nos desígnios postos pela cotidianidade. Como direcionar a luta política do movimento social também para as demandas que efetivamente dão sentido à vida das pessoas atingidas pela hanseníase, ontem e hoje? Como voltar a luta política do movimento para as dimensões que, pelo fato de estarem na cotidianidade, são muito caras tanto às pessoas

que sofreram/sofrem com a hanseníase, quanto à sociedade como um todo? Por que não inserir a luta pela definição da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisas na sua plataforma de lutas?

Num momento em que o consumo é o instrumento determinante do ser, o desenho de engajamento público aqui adotado não trata, em absoluto, de um engajamento apenas por demandas materiais. A questão que está posta é: se não são aqueles os valores e os nexos da sociedade que se quer hoje, quais são? De que conjunto axiomático está se falando? Qual é o entendimento dos valores agregadores e desagregadores do rumo que a sociedade está trilhando e, com ela, os diferentes atores, o mercado, a universidade, o Estado, os movimentos sociais, o Morhan?

Considerações finais

Cabe ressaltar que as respostas as tais perguntas não serão conclusivas aqui. Problematizá-las é, contudo, nossa tarefa, e nesse sentido o CNS tem em nosso estudo uma contribuição importante para reflexão crítica que pode auxiliar na construção de conhecimento de caráter emancipatório e transdisciplinar, pelo reconhecimento da diversidade dos contextos sociopolíticos, históricos, culturais e econômicos, dada a necessária pluralidade de desenhos analíticos, voltados à compreensão das experiências de integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2005). Ou ainda, por seu próprio caráter orgânico a que a relação entre Estado/ciência/sociedade nos convoca. Para tanto, é preciso que se reconheça a integralidade nas ações de saúde, não apenas do ponto de vista da cura das doenças, mas na sua prevenção. A integralidade da atenção e do cuidado deve ser considerada como uma fusão de horizontes das normativas preconizadas pelas políticas de saúde, sendo a perspectiva do usuário o *le motive* para a materialização da saúde como direito humano.

Ao direcionar o foco no usuário, não se pode fazê-lo sem reconhecer que esse movimento é muito mais do que uma mera reconfiguração de posições; é, fundamentalmente, a adoção de uma epistemologia que reconhece a hegemônica e hierarquizada luta de saberes e poderes no campo da saúde, e que, por sua vez, volta-se em uma perspectiva de contravalor.

Referências

ACANDA, J.L. *Sociedade civil e hegemonia*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BRASIL, 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para Promoção, Proteção e Recuperação de Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. D*iário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. Seção I, pt. 1.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e dá outras providências. D*iário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Seção I, pt. 1 1990b.

_____. Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Seção I, 2007.

_____. Ministério da Saúde. 2.ª edição 2.ª reimpressão. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde* (ANPPS). Brasília: MS,

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde nº 145*. Brasília: DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde nº 164*. Brasília: DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde nº 174*. Brasília: DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde nº 190*. Brasília: DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde nº 242*. Brasília: DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 375*, de 14 de junho de 2007. Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase (CIEH). Brasília-DF, 2007

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Brasília-DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS). *Relatório III Macrorregional Nordeste*. Brasília: MS, 2005.

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

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (DECIT). Folder institucional, 2008-2011. Brasília: DECIT, 2011.

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (DECIT). *Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*, 2., 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASTELLS, M.A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: _____. *A Sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2000. (v. 1).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE, II. Brasília. *Relatório final*: SUS – Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população. Brasília, 2004.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade:* Curso no Collège de France (1975-1976). 2ª Ed. 2010.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere.* V. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde***.** 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

SIMIONATTO, I**.** *O social e o político no pensamento de Gramsci,* 1997. Disponível em: <http://www.acessa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>.

VIEIRA, M.L. Os rumos da cidadania das pessoas atingidas pela hanseníase: o papel do Morhan no contexto da Constituição de 1988. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2009.

Proteção social e racismo institucional: desafios no caminho da juventude negra em três capitais brasileiras*

Leny Alves Bomfim Trad
Diana Anunciação Santos
Camila dos Santos Souza Andrade
Eliene dos Santos de Jesus
João Miguel Diógenes de Araújo Lima
Samuel da Luz Barros

Introdução

A proteção social nos moldes que conhecemos hoje emergiu no pós-guerra, com a função de atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento do mercado, notadamente, diferenças de salários, renda e consumo (VIANA; MACHADO, 2008). A tradição alemã e a corrente inglesa são as duas vertentes que, segundo Girotti (2000), têm influenciado de forma mais destacada as políticas de proteção social ao longo do seu desenvolvimento. Na primeira, o papel preponderante na política social cabe às instituições ou agências sociais do tipo voluntária, sendo reservado ao Estado a função de regular ou normatizar. No modelo inglês, o Estado é o principal provedor das políticas sociais, cabendo a ele a função de prover e administrar os bens e serviços sociais, além de regular o sistema de proteção social.

* Os autores elaboraram este capítulo exclusivamente para atender à demanda do XVI Seminário Nacional do Projeto Integralidade e Ciclo de Debates FASA - Edição Região Nordeste, que teve como tema central "Vulnerabilidade, Direito Universal à Saúde e Mobilização Social". O evento foi realizado de 22 a 23 de outubro de 2015, na cidade de Salvador-BA, e contou com apoio de FASA-ISC-UFBA/ LAPPIS. A pesquisa que deu origem ao texto foi financiada pelo Edital CNPq/MS/ SCTIE/DECIT/ SGEP/ DAGEP/2014.

Giovanni (1998) relativiza o papel exclusivo do Estado nesse processo, destacando que os dispositivos mais ou menos formalizados de proteção social podem variar segundo condições históricas e culturais específicas de cada sociedade, prevalecendo nos nossos dias uma lógica de interação de público e privado. O meio público corresponde ao Estado na função de organizador, gestor e normatizador de políticas públicas para o conjunto da sociedade e de políticas de caráter social para grupos sociais específicos. Os meios privados são identificados como mercantil (englobando as relações econômicas e/ou de trocas para aquisição de bens e serviços no mercado) e não mercantil, que correspondem aos vínculos tradicionais e às práticas baseadas na caridade, solidariedade, fraternidade exercidas pela família e comunidade.

Por outro lado, esse autor não deixa de reconhecer a centralidade do Estado na proteção social, ressaltando, particularmente, as funções prescritiva, normativa e executiva que ele exerce no tocante às políticas públicas. Interessa demarcar, em especial, o poder conferido ao Estado no bojo da criação e implementação de ditas políticas ao "eleger e descriminar escolhas, objetos e grupos de destino" (GIOVANNI, 1998, p. 13). Tendo em vista o foco específico deste capítulo, interroga-se, preliminarmente, em que medida a juventude tem sido priorizada na agenda das políticas sociais no Brasil. Cabe ainda problematizar quanto a pertinência ou limites das escolhas feitas, tendo em vista o quadro da vulnerabilidade juvenil no país, considerando qualquer das esferas básicas de proteção social: saúde, educação, trabalho, segurança pública e lazer.

Os limites do sistema de proteção social brasileiro ficam mais evidentes quando se analisa a realidade dos(as) jovens negros(as) no país. Sua falha é, todavia, mais grave se considerarmos que um dos objetivos básicos dos sistemas de proteção social consiste em "resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos", destacando-se, dentre eles, os processos de exclusão social em função da "renda, raça, gênero, etnia, cultura, etc." (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 17). São inúmeros os indicadores que evidenciam que a juventude negra brasileira sofre as consequências de uma combinação perversa entre segregação espacial, pobreza e dificuldades de acesso ao sistema escolar, ao mercado de

trabalho, aos serviços de saúde, culminando com os altos índices de mortes violentas que afetam este segmento (TRAD, 2015).

Revela-se especialmente oportuno considerar os mecanismos através dos quais o racismo opera nas estruturas do Estado e nas instituições sociais. Trata-se de reconhecer as múltiplas manifestações e mecanismos de racismo institucional, que envolvem, dentre outros, processos de discriminação indireta que ocorrem no seio das instituições e, cuja manifestação, contribui para naturalizar e reproduzir a desigualdade racial (LÓPEZ, 2012). Estamos diante de um tipo de racismo, não declarado ou velado, mas que é sistematicamente exercido por mecanismos e ferramentas institucionais através de um *modus operandi* que exclui e discrimina determinados indivíduos e grupos de recursos e oportunidades socioculturais e econômicas (WIEVIORKA, 2007).

Neste capítulo, propõe-se discutir limites e potencialidades de políticas ou dispositivos de proteção social voltados para a juventude no Brasil, conferindo especial atenção à influência da dimensão racial nesse processo. A discussão tem como base empírica uma pesquisa que investigou Racismo Institucional e Juventude Negra no Nordeste do Brasil, considerando a faixa etária de 15 a 29 anos. O estudo privilegiou a análise da realidade de três capitais: Salvador, Recife e Fortaleza. Vamos abordar os dados produzidos através de uma metodologia centrada na prática do diálogo, denominada *World Café*, aplicada em oficinas realizadas nos três municípios referidos, envolvendo coletivos juvenis e representantes institucionais locais.

A metodologia do "Café": a valorização da prática do diálogo e da pesquisa-ação

O *World Café* ou Café Mundial é descrito como uma ferramenta que se apoia no diálogo para potencializar a investigação de questões consideradas significativas para determinado grupo, bem como a busca por soluções para problemas específicos que os afeta.[1] A adoção desta ferramenta no estudo

1 Mais informações sobre esta metodologia podem ser acessadas em: http://www.theworldcafe.com/translations/World_Cafe_Para_Viagem.pdf

em foco foi motivada pela intenção de aliar pesquisa e ação, e favorecer uma abordagem mais participativa, reduzindo as assimetrias entre pesquisadores e grupos "pesquisados", procurando favorecer, particularmente, a vocalização dos(as) jovens negros(as).

Vale notar que os pesquisadores foram questionados em diferentes ocasiões por participantes do estudo, em especial por jovens negros e negras, com respeito aos objetivos do projeto, a metodologia e, principalmente, sobre as expectativas quanto aos seus resultados, incluindo nestes últimos uma preocupação com os efeitos da pesquisa sobre os problemas que os afligiam. Alguns de nossos(as) interlocutores foram mais incisivos ao declarar que não desejavam ser um "objeto de estudo", que se recusavam a ser tratados como "ratinho de laboratório". A participação na pesquisa passava a ser, nesses casos, condicionada à possibilidade de ter uma posição mais ativa no processo investigativo e na produção de conhecimento. Foram recorrentes ainda as críticas às assimetrias de poder ou relações de autoridade estabelecidas entre pesquisadores e comunidades/grupos/pessoas pesquisadas.[2] Essa crítica ganha especial relevo quando se entrelaça à discussão étnico-racial em um contexto de desigualdade social e racial. Foi recorrente, ademais, o relato de experiências prévias com pesquisas, cujos responsáveis sequer deram retorno dos seus resultados.

Os *Cafés* foram guiados pelos seguintes objetivos: identificar e problematizar as principais questões que afligem a juventude negra no Brasil, em especial nos estados e cidades abordados na pesquisa, assim como pontos fortes e fragilidades das políticas e serviços voltados para este grupo nesses contextos; favorecer a interação em rede entre as instituições públicas, organizações não governamentais (ONGs), agentes e movimentos sociais que trabalham diretamente com os jovens ou com questões que envolvem este grupo de modo a potencializar o desenvolvimento de ações conjuntas e convergentes; e dar visibilidade ao ponto de vista do jovem em relação aos temas centrais abordados nos estudos, valorizando o seu protagonismo.

2 No contexto das pesquisas pós-coloniais, os "nativos" vêm deixando de ocupar o lugar de "pesquisados" para assumir o de pesquisadores. Os ensaios *Can the subaltern speak*? de Gayatri Spivak (publicado em 1988) e o trabalho de Marshall Sahlins (1992) trazem à tona essas questões.

Nos três municípios – Salvador, Recife e Fortaleza – foram oportunizados dois momentos de interlocução coletiva envolvendo os participantes da pesquisa. O primeiro contemplou apenas os coletivos juvenis locais e buscou, além de promover a discussão dialógica sobre suas experiências e visões relativas aos temas centrais o estudo – vulnerabilidade social, racismo e mecanismos de proteção social, envolvê-los no processo de organização do segundo momento. Este último correspondeu ao segundo *Café* que congregou tanto alguns membros dos coletivos juvenis, quanto representantes institucionais (governamentais e não governamentais) ou mesmo pessoas que atuassem em movimentos sociais no âmbito local. No caso de Fortaleza, o primeiro momento se deu através de uma oficina de Zine com coletivos juvenis. No quadro 1, são detalhados os períodos, locais e participantes dos eventos realizados.

Todos os participantes dos Cafés receberam, junto ao convite para participar da atividade um *link* que dava acesso a um breve inquérito, contendo questões básicas relativas ao coletivo ou instituição ao qual estava vinculado. Foram construídos dois modelos de inquérito de modo a contemplar os dois segmentos convidados (coletivos juvenis, representantes institucionais/de movimentos sociais). Foram feitas também contatos prévios com ambos os segmentos nas três cidades visando criar as condições de viabilidade para a realização dos Cafés. Em Recife, cidade na qual os dois cafés ocorreram em dias sequenciados, ocorreram reuniões preparatórias que potencializaram o envolvimento dos atores locais nos dois momentos.

Quadro 1. Participantes dos Cafés Colaborativos. Salvador, Recife, Fortaleza, 2016.

Salvador-Bahia	Recife-Pernambuco	Fortaleza-Ceará
I World Café	*I World Café*	*I World Café – Oficina de Zine*
23/07/2016	24/07/2016	16/07/2016 e 21/07/2016
Fundação Cultural do Estado da Bahia (FUNCEB)	Museu da Abolição (MAB)	Universidade Federal do Ceará (Campus Benfica) e CUCA Jangurussu
- Membros da pesquisa; - Coletivos juvenis (JACA, Sarau da Onça, Grupo Ágape e Desabafo Social); - Alguns jovens	- Pesquisadores; - Coletivos Juvenis: Cara Preta; Fórum da Juventude de Pernambuco; Projeto Fábrica; estudante da Universidade Estadual de Pernambuco.	- Pesquisadores; - Educador; - Coletivos juvenis (Afro Arte, Aqui tem sinal de vida, Coletivo MARC - Movimento de Arte Resistência e Consciência, Coletivo AudioVisual do Titanzinho) e três estudantes da Universidade Federal do Ceará.
II World Café	*II World Café*	*II World Café*
21/10/2016	25/07/2016	03/08/2016
Centro Universitário Estácio da Bahia - Campus Calçada	Museu da Abolição (MAB)	Sindicato dos Professores da Universidade Federal do Ceará – ADUFC
- Instituições: Secretaria Municipal de Reparação (SEMUR), Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Coordenação de Saúde da População Negra; Secretaria Municipal de Educação (SEMED): Projeto Sinaleira, EJA Juvenil; Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS). - Coletivos juvenis: Coletivo de Jovens do curso de Medicina da UFBA, alunas do curso de Assistência Social do Centro Universitário Estácio. - Universidades: Professor, Preceptora e Coordenação da PROAE do curso de Assistência Social do Centro Universitário Estácio, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). - Organizações/movimentos: Fórum Acadêmico de Saúde.	- Pesquisadores; - Representantes dos Coletivos Juvenis; - Instituições: Prefeitura Municipal do Recife; Secretaria Municipal de Cultura (SECULT); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Secretaria Municipal de Educação (SEMED); Gerência da Igualdade Racial (GERIR); Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude (SDSCJ); - Organizações/Movimentos: Movimento Negro Unificado (MNU); Canal Futura; Museu da Abolição. - Universidades: Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Estadual de Pernambuco.	- Jovens, coletivos juvenis, participantes da oficina de zine; - Instituições: Prefeitura Municipal de Fortaleza, Coordenadoria Especial de Políticas Públicas de Juventude, Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos, Guarda Municipal, Instituto CUCA; Governo do Estado do Ceará; - Universidades: Universidade Estadual do Ceará, bolsistas e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Afro-brasilidade, Gênero e Família – NUAFRO; Universidade Federal do Ceará: bolsista do Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira - VII JUBRA; Faculdades Cearenses. - Organizações: pesquisador do Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência.

Por fim, cabe esclarecer qual foi a dinâmica adotada nos Cafés, sublinhando antes que a metodologia do Café Mundial é bastante flexível e que comporta formas variadas, em função das demandas específicas do grupo ou contexto de aplicação. No projeto em foco, em que pesem pequenas variações observadas entre os diferentes Cafés realizados, prevaleceram os procedimentos básicos recomendados na aplicação desta metodologia, tais como: 1) o grupo de participantes foi dividido em três ou quatro grupos menores; 2) foram realizadas rodadas de conversação em torno de duas questões centrais – Problemas e desafios envolvendo a tríade Vulnerabilidade Juvenil, Racismo e Sistema/mecanismos de Proteção Social; Alternativas para enfrentamento dos problemas identificados (foram três rodadas para cada questão); 3) todos os grupos receberam material de apoio[3] e foram instruídos que poderiam expressar suas visões livremente, utilizando inclusive a linguagem artística (pintura, canto, teatro, poesia); 4) no final de cada rodada, as pessoas trocavam de grupo, mantendo-se uma pessoa que exerceu o papel de **anfitrião**, sendo responsável, tanto por atualizar os que chegavam nas rodadas seguintes, quanto por sintetizar o produto final do seu grupo; 5) os outros participantes, identificados no método como **viajantes** ou responsáveis pelo processo de **polinização,** circularam entre os grupos contribuem para circular as ideias-chave; 6) após finalizar ambas as rodadas, realizou-se uma plenária que reuniu todos os participantes, na qual foram apresentadas e debatidos as reflexões e ideias que emergiram.

Antes de dar início as rodadas de conversação, os coletivos, instituições ou movimentos sociais representados no Café, tiveram dez minutos para preparar, de forma criativa, uma apresentação guiada pelas seguintes perguntas: *Quem somos? O que fazemos? Como fazemos?*

No processo de sistematização e análise dos dados gerados, foram consideradas as especificidades dos dois momentos referidos. Neste sentido, na descrição e discussão dos resultados a seguir, serão destacadas incialmente visões e experiências trazidas pelos coletivos juvenis de Salvador, Fortaleza e Recife, por ocasião do primeiro encontro. Na sequência, serão sistematizados

3 Cartolina, giz de cera, caneta hidrocor, lápis de cor, borrachas, canetas, lápis, régua, tesoura, fita adesiva, pilotos, apontador, papel ofício.

os tópicos que prevaleceram nos Cafés dos três municípios, cujas rodadas de conversação mesclaram jovens e representantes institucionais, sinalizando apenas pontualmente peculiaridades de um outro contexto. Adverte-se que, em ambos os casos, o debate sobre as alternativas de enfrentamento foi mais abreviado do que à discussão sobre os problemas.

Resultados de discussão

Ser jovem, ser preto ou preta – narrativas dos coletivos juvenis

Os coletivos juvenis envolvidos nas atividades dos Cafés foram constituídos a partir do interesse comum por práticas culturais, pelo empoderamento juvenil e, em grande parte deles, pelo engajamento em lutas sociais. Eram compostos por jovens cujas idades variavam entre 16 e 29 anos, observando-se certo equilíbrio em termos de gênero, assim como, na divisão entre estudantes de segundo grau e universitários. Coletivos desta natureza, em franca expansão nos grandes aglomerados urbanos brasileiros, podem se enquadrar naquilo que Mesquita (2009) define como "laboratórios culturais" ou espaços especialmente ricos de troca de experiências. Cabem aqui múltiplos formatos, predominando um modo de existência que se "constitui na dinâmica do cotidiano, se realizando, quase sempre, no nível da invisibilidade e da transitoriedade, devido à rapidez com que se transformam os contextos e campos políticos" (MESQUITA, 2009, p. 186).

Nas rodadas de diálogos com os coletivos juvenis, seja na oficina de Zine em Fortaleza, ou nos Cafés realizados em Salvador e Recife, ficou evidente que os jovens das três capitais enfrentam problemas muito semelhantes. Há pontos em comum também no tocante às estratégias adotadas para fazer frente às situações vulnerabilizantes que os afetam. Cabe ressaltar, por certo, que os encontros promovidos pela pesquisa, além de propiciar maior aproximação à realidade daqueles jovens, se revelou uma oportunidade de os coletivos dialogarem entre si, exercitando o reconhecimento mútuo de experiências, desejos, necessidades e expectativas.

É interessante observar as palavras que mais se destacaram, quando os jovens foram estimulados a dizer uma palavra que lhe viesse à mente ao pensar no tema central daquele encontro. As quatro primeiras foram: "identidade", "raça", "resistência" e "tomada de consciência". A palavra "tomada de consciência" reflete

o quão a identidade étnica é um caso singular e variante da identidade social, pois enquanto expressão desta reflete a identidade em processo. Nesse sentido, torna-se imprescindível reconhecer-se diferente do outro, ou seja, reconhecer que o caráter contrastante da identidade social é o elemento fundante da identidade étnica (OLIVEIRA, 1976).

Nas relações sociais assimétricas de poder, a identidade étnica é comumente definida pelo *outro* utilizando como sinal diacrítico, sobretudo a cor negra da pele. No caso brasileiro, essa característica fenotípica se apresenta na relação com o *outro*, em especial com o branco, fortemente associada aos negros de outrora submetidos aos jugos da escravidão. Esta herança étnico/racial é por si só definidora de um conjunto de características depreciativas, que podem ser resumidas no pré-conceito da inferioridade negra congênita (BARTH, 1998). Diante disso, a palavra "resistência" nos remete ao estigma imputado à identidade étnica revelada.

Dando continuidade ao exercício introdutório, que antecedeu o momento das rodadas de discussão sobre os problemas e alternativas de enfrentamento, perguntou-se aos jovens presentes, primeiro, o que significa ser jovem; em seguida, o que significa ser um(a) jovem negro(a). A figura 1 apresenta o resultado da primeira pergunta.

Figura 1. Características relativas à juventude por coletivos jovens, 2016



Fonte: Café Colaborativo (acervo da pesquisa), 2016.

Os termos referidos remetem, em sua maioria, à capacidade da agência juvenil, sem deixar de considerar a questão dos desafios. Tal resultado contraria as representações relativamente fortes no imaginário social, que costumam atribuir à juventude atitudes como ingenuidade, imaturidade, irresponsabilidade ou mesmo dificuldade de compreensão da realidade. Nossos interlocutores trouxeram à tona esta questão, ressaltando que esses estereótipos refletem uma cultura "adultocentrista", que estigmatiza e por vezes paternaliza a juventude, contribuindo para deixá-la à margem dos processos sociais construtivos.

Os temas "coletividade" e "diversidade" foram retomados no debate pelos jovens, especialmente ao abordarem a segunda questão. O primeiro para ressaltar o entendimento de que o sentido de pertencimento é muito mais coeso para eles que para os próprios adultos, o que pode favorecer, em determinados grupos, a resistência e o poder de luta. O segundo, para questionar o "mito da universalidade" e seus reflexos nas políticas para a juventude. Esta visão converge com importantes especialistas da sociologia da juventude que refutam a existência de um padrão uniforme e estável de juventude (PAIS, 1996; ABRAMO, 2002).

Quanto à questão relativa à condição de ser jovem e negro(a), um primeiro aspecto a ser sublinhado é que, tanto em Salvador, quanto em Recife, parte significativa dos jovens presentes se definiam como pretos ou pretas. Em alguns momentos, veio à tona o argumento "preto é cor, negro é raça". Este é um aspecto controverso que divide opiniões mesmo entre representantes do movimento negro no Brasil. Em qualquer caso, ficou patente que a questão da afirmação da identidade étnico-racial é um elemento primordial no universo pesquisado. Para os jovens de Fortaleza, o processo de reconhecimento da identidade negra foi apontado como especialmente desafiador, tendo em vista a tendência a negar a presença de negros(as) como significativa no estado. Já em Salvador, uma das fontes de estigmatização narradas reside na filiação a religiões de matriz africana e adesão a suas práticas.

Outro dado que requer especial atenção diz respeito aos termos evocados pelos coletivos, quando refletiram sobre sua existência enquanto negros(as) ou pretos(as). Conforme se constata na figura 2, todos os enunciados remetem a situações negativas, associadas a violência, sofrimento, desrespeito e desamparo.

Figura 2. Características relativas ao ser jovem negro pelos coletivos juvenis, 2016



Fonte: Café Colaborativo (acervo da pesquisa), 2016.

A medida que os debates avançaram na direção do tópico relativo aos principais problemas enfrentados pelos(as) jovens, foram tornando-se mais claras as razões que os levaram a privilegiar, no exercício em questão, as palavras dispostas acima. No rol dos problemas apontados, tendo em vista a tríade vulnerabilidade-racismo-proteção social, encontramos muitos pontos em comum nos três contextos investigados, com destaque para as seguintes situações: sofrer cotidianamente "na pele" os efeitos do racismo enraizado na sociedade brasileira; experimentar o luto pela perda de amigos abatidos pela violência; o sentimento de serem alvos preferenciais das abordagens policiais e de seus abusos; o sentimento de serem invisíveis aos olhos das políticas públicas e, em certa medida, da sociedade em geral. Encabeçando a lista das situações extremas, encontra-se a referência ao processo de "genocídio da juventude negra", o qual foi destacado em todos os eventos.

A partir de relatos de vivência cotidiana com o preconceito racial, com a negação de suas identidades étnicas, com a depreciação dos seus traços fenotípicos e estéticos, aliados a outros indicadores de marginalização social, o debate trouxe à tona a questão do "mito da democracia racial" no Brasil.

Uma ideologia que, ao longo do processo histórico de formação político, social e cultural brasileiro, produziu e reproduziu a imagem da harmonia racial entre negros e brancos no país (GOMES, 2005). Um mecanismo que contribuiu para falsear a realidade social, além de favorecer o desenraizamento da população africana e de seus descendentes (FERNANDES, 2007).

Importa assinalar que prevaleceu entre os jovens a percepção de que o contexto de marginalização e vulnerabilidade social no qual estão inseridos é resultado da conjunção de marcadores raciais e de classe. Se, por um lado, foi salientada a necessidade de "olhar o passado para entender o presente", referindo-se à trajetória da história da população negra no Brasil, por outro, apontou-se em um dado momento que o "eixo estruturante da segregação social está na estrutura de classe".

As práticas culturais despontaram, nas narrativas daqueles jovens, como a principal via de enfrentamento ou de resistência frente aos problemas apontados. Foram contundentes os argumentos de afirmação da potência da poesia, do cinema, das danças afro-brasileiras, dentre outras expressões artísticas, como modos de ressignificação do lugar social das juventudes negras. Vale recordar, conforme mencionado, que todos os coletivos que participaram da pesquisa se constituíram em torno de práticas culturais, concentrando-se em algumas das modalidades referidas (a exemplo da poesia e da dança). Além disso, na agenda de todos eles, figurava a questão da luta contra as diferentes formas de racismo e discriminação social. O material gráfico produzido na oficina de Zine em Fortaleza, intitulado "A carne mais barata do mercado é a carne negra" (o qual foi distribuído, posteriormente, no Café realizado neste município), é um dos exemplos do potencial de ditas práticas.

A partir das interações com os coletivos juvenis, foi sendo elucidada para a equipe de pesquisa a importância de suas pautas de reivindicações. Seus pleitos estão revestidos de um caráter que também é político, de modo que se constituem grupos que buscam reparações históricas da inserção precária dos afrodescendentes na sociedade, bem como por uma participação mais justa e equânime na mesma. Eles dialogam, por um lado, com a agenda das políticas de reconhecimento que tratam da dignidade, o fortalecimento identitário e estético destes grupos, procurando legitimar-se socialmente; e por outro, políticas

de redistribuição, que lhes chegam na forma de políticas públicas de inclusão e minimização das desigualdades, a exemplo do direito às cotas raciais nas universidades públicas do país.

Cruzando pontos de vista: problemas e alternativas de enfrentamento na visão de jovens e representantes institucionais

Neste tópico, serão sintetizados os resultados produzidos nos Cafés que congregaram jovens e representantes de instituições ou dispositivos sociais que atuam no âmbito da proteção social em Salvador, Recife e Fortaleza. Se antes destacou-se que o encontro reunindo coletivos juvenis potencializou a aproximação e o intercâmbio entre eles, nesta etapa o efeito mais significativo foi romper a distância entre jovens e formuladores ou operadores de políticas públicas ou projetos sociais. Convém assinalar que, nos debates travados entre os jovens, notadamente em Salvador e Recife, foram incisivas as críticas à ausência de escuta qualificada à juventude por parte daqueles que formulam e operam as políticas públicas, incluindo aquelas supostamente dirigidas à juventude. Foi questionada, por exemplo, a ausência de espaços que promovam a participação dos jovens em processos de definição das prioridades, diretrizes e das estratégias a serem implantadas.

Nossos interlocutores complementaram suas ponderações, argumentando que o fato de a juventude não ocupar assento nos espaços de poder tem contribuído para a implantação de políticas que não atendem às necessidades e demandas deste segmento e, claramente, não priorizam suas pautas. Criticaram, por fim, a tendência a tratar a juventude como um grupo homogêneo, desconsiderando a diversidade ou pluralidade de experiências e contextos que circundam este segmento etário, populacional e social. Os grupos que atuam com políticas sociais e/ou trabalham com a temática da juventude reconheceram, durante o segundo Café, a pertinência das críticas acima, reiterando, dentre outras, a questão da ausência de diálogo com os(as) jovens. Salientou-se, ademais, que tal lacuna tem contribuído também para segregar e exclui parcela considerável de um segmento específico da juventude.

Na sistematização dos principais problemas apontados no Café, verificou-se a possibilidade de distribuir os pontos elencados em seis núcleos temáticos,

privilegiando, para efeitos deste texto, os conteúdos convergentes no cotejamento das três capitais, os quais foram dominantes. Conforme se apresenta no quadro 2, foram considerados os seguintes temas: aspectos políticos e sociais; políticas públicas para a juventude; racismo; educação; protagonismo juvenil; relação com a polícia.

Quadro 2. Síntese dos desafios e dificuldades por coletivos juvenis e atores sociais dos Cafés Colaborativos das três capitais: Salvador, Recife, Fortaleza, 2016.

Políticas públicas para juventude	Racismo	Educação	Protagonismo Juvenil	Relações com a Polícia
Falta de financiamento para ações e iniciativas juvenis	Racismo institucional	O conteúdo e o papel da escola	Adultocentrismo	Violência
Falta de permissão para protagonizar suas próprias pautas	Racismo ambiental	Conhecimento disperso, limites e lacunas	Falta de escuta qualificada	Papel da polícia/ policial – capitão do mato
Falta de comunicação com os jovens	Mito da miscigenação	Escola em formato de cadeia/ entediante	Silenciamento da juventude	Estereótipo negativo: "jovem negro = marginal; ser alvo
Ausência do jovem nos quadros e instâncias de decisão	Representatividade (escola, academia) e identidade negra	Escolas que desconsideram as subjetividades dos jovens e não nos encara como sujeitos de fato	Desconsideração da pluralidade e diversidade da juventude, tratando-a como homogênea	Extermínio/ genocídio da juventude negra
Dificuldade na comunicação intergeracional/ visão limitada que desconsidera o jovem	Subalternização da cultura negra	Adultocentrismo	Desprezo pelas produções culturais juvenis	Guerra às drogas ou a jovem negro?
Falta de compromisso das instituições	Intolerância religiosa	Falta de efetividade da lei 10.639	Empoderamento pela cultura do ***hip hop, rap***	
Uso da burocracia para negação de direitos	Segregação territorial	Processos de folclorização do negro	Falta de espaços de lazer efetivos voltados para juventude	

continua...

Políticas públicas para juventude	Racismo	Educação	Protagonismo Juvenil	Relações com a Polícia
Ausência de sínteses documentadas com diagnóstico da situação da juventude nas 3 esferas (nacional, estadual e municipal)	Eixo estruturante de classe/ desigualdade racial/preconceito / discriminação	Falta de políticas afirmativas de acesso e permanência na educação superior		
Cooptação das pessoas pelas instituições	Dificuldade de inserção no mercado de trabalho para o jovem negro	Devolução/retorno das pesquisas para comunidade		
Invisibilização das juventudes com deficiências, usuários de químicas psicoativas e moradores de rua	Violação e solidão da mulher negra			

Os conteúdos elencados nos tópicos "Racismo" e "Protagonismo juvenil" reiteraram ou reforçaram muitos aspectos discutidos no encontro dos jovens, avançando, contudo, na análise dos determinantes sociais dos problemas apontados, incluindo o fato de que o capitalismo tem sido historicamente um bom caldo de cultivo de processos de dominação e de exclusão social.

Foi enfatizado o entendimento de que o racismo é elemento estruturante das relações sociais do Brasil e na produção de desigualdade entre brancos e negros. Além de se verem expostos a processos sistemáticos de depreciação de seus traços físicos, da sua estética (cabelos, roupas, músicas etc.), da sua capacidade intelectual ou de serem vítimas preferenciais da violência, a juventude negra tem maiores dificuldades de acesso educação e de qualidade. É preciso reconhecer que há privilégios que mantêm os(as) jovens brancos em uma situação favorável em relação aos jovens negros(as) (MORAES, 2013).

No tocante à questão do protagonismo juvenil, além de pontos já discutidos na seção anterior, foi incorporada a questão da ausência de apoio a iniciativas

juvenis, a exemplo de editais de fomento a projetos culturais encabeçados por jovens. Um fato que contribui para ampliar o contingente de jovens negros(as) que engrossa as fileiras do trabalho precarizado, além de repercutir na autoestima desse coletivo, que passa a duvidar de sua capacidade. Interrogou-se neste ponto, se o apelo em voga ao empreendedorismo só se aplica à juventude branca.

No rol dos setores essenciais na esfera das políticas públicas e do sistema de proteção social, a educação e a segurança pública foram identificadas como fontes significativas de promoção da segregação social da juventude negra, especialmente os segmentos mais pobres e que se concentram nos bairros de periferia. A saúde teve destaque menor, no conjunto de problemas elencado, embora se tenha enfatizado nos três locais, a falta de acesso desta população ao sistema de saúde de modo generalizado e sua falta de conhecimento sobre os seus direitos e como demandá-los.

A educação materializou-se nos discursos através da reflexão sobre do papel da escola na socialização dos jovens e em sua formação política e social. Segundo os relatos, as escolas desconsideram as subjetividades dos jovens e não os encaram como sujeitos de fato. O quadro se agrava quando se considera a situação da juventude negra. Ressaltou-se que a reprodução de imagens estereotipadas ou folclorizadas do negro e a ausência de destaque para a contribuição de negros(as) na história, nas ciências etc., ao longo da formação escolar, afetam a autoestima dessa juventude.

No plano mais geral, a presença incipiente de abordagens dialógicas, aliada à ausência de conexão com a realidade vivenciada pelos jovens e com suas expectativas, foram apontados como determinantes importantes das altas taxas de evasão na faixa etária abordada pela pesquisa (15-29 anos). Os coletivos juvenis enfatizaram também que a própria configuração física da maioria das escolas voltadas para o ensino de adolescentes e jovens causa repulsa nesse universo, tendo em vista sua semelhança com o "formato das cadeias".

Na esfera da segurança pública, a discussão esteve centrada na relação dos jovens com a polícia, sobretudo a Polícia Militar. Os atores institucionais das três capitais concordaram quanto à urgência de se estabelecer uma ação efetiva do Estado para fazer frente ao fenômeno do extermínio da juventude negra, o qual se evidencia através dos indicadores de mortalidade por causas violentas

(com altos índices de envolvimento policial) que afeta, particularmente, jovens negros do sexo masculino, de 15 a 29 anos, de baixa escolaridade e morador de bairros vulneráveis. Uma frase que ecoou em um dos cafés traduz bem a percepção que a juventude negra tem sobre a atuação da polícia e o medo que ela suscita: "se for preto lascou... aí você vira o alvo".

Os jovens participantes dos Cafés compararam os agentes de segurança pública aos capitães do mato do período de escravidão: "a polícia militar moderna é o antigo capitão do mato. O seu papel é de procurar, encontrar e matar o negro fugitivo, arredio, resistente e revoltoso, hoje o jovem preto é visto como o bandido que ameaça a ordem social". Outro conteúdo extraído das rodas de conversação questiona o alvo da chamada "guerra ao tráfico", nos seguintes termos: "a guerra do Estado em combater a violência é contra o tráfico de drogas ou contra a juventude negra?". Configura-se, assim, um cenário no qual processos de socialização cultural, aliados à conivência dos aparatos jurídicos, contribuem para sustentar uma forma de agir prescrita e legalizada que opera em nome de um propósito maior: promover a segurança pública para uns e a marginalização total de outros (WERNECK, 2014).

Estratégias de enfrentamento dos problemas e dificuldades apresentados

Foi consenso, entre os participantes dos Cafés conjuntos, que o ponto de partida para reverter os problemas apontados na rodada anterior consistia em promover o diálogo com os(as) jovens e, sobretudo, garantir sua participação ativa na constituição, implementação e avaliação das políticas públicas destinadas à juventude. Salientou-se que um dos desafios para atingir tal objetivo guardava relação com os padrões dominantes de comunicação intergeracional, o qual concede aos adultos posição central nos espaços de decisão e elaboração das políticas públicas. Em que pesem as dificuldades apontadas, os atores institucionais e não institucionais se sensibilizaram e se comprometeram com a missão de criar novos espaços de participação juvenil em seus ambientes de deliberações.

Na plenária final, privilegiou-se o debate acerca de uma nova agenda para as políticas públicas de juventude, destacando-se as seguintes propostas: reformulação da política educacional; incentivo à produção cultural, acadêmica

e social dos jovens nas três esferas de governo; efetivação dos instrumentos jurídicos e de proteção dos jovens – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Estatuto da Juventude, Estatuto da Igualdade Racial e da Lei 10.639/2003; desmilitarização da polícia; implementação de ações efetivas de combate ao racismo em suas diferentes expressões, com especial destaque para o racismo institucional; remoção de barreiras de acesso aos serviços de saúde por partes dos(as) jovens; capacitação de profissionais e servidores sensíveis às especificidades étnico-raciais da juventude brasileira.

Note-se que, na esfera da educação, foram apresentadas sugestões que contemplam a educação popular e comunitária, uma via que potencializaria as redes sociais que se formam nas comunidades e que constituem, ao lado da família, o componente não estatal do sistema de proteção social.

No quadro 3, apresenta-se a síntese das propostas apresentadas. Além dos pontos já destacados, cabe mencionar outros aspectos relevantes apontados, como a necessidade de se agenciar uma articulação intersetorial que dê conta da complexidade das demandas da juventude, tendo em vista sua configuração plural. No plano das políticas de reconhecimento identitário, foram ressaltadas ações de promoção e valorização da estética negra, da religião de matriz africana (aliado ao combate à intolerância religiosa) e da cultura juvenil, bem como de estratégias de ampliação/reconfiguração da representação dos negros na mídia e em outros espaços sociais, a exemplo da academia. Identifica-se ainda a preocupação com a formação crítica e emancipadora dos(as) jovens, no leque das propostas relativas ao protagonismo juvenil.

Quadro 3. Enfrentamentos e Perspectivas para o Futuro por coletivos juvenis e atores sociais dos Cafés Colaborativos das três capitais: Salvador, Recife, Fortaleza, 2016

Aspectos macroeconômicos, políticos e sociais	Políticas públicas para juventude	Racismo	Educação	Protagonismo Juvenil	Relações com a Polícia
Equidade social	Políticas de saúde voltadas para o público jovem e pensada por eles	Estratégias efetivas de combate ao racismo e intolerância religiosa	Fortalecimento e ampliação das políticas afirmativas	Criação de mais espaço de participação juvenil	Desmilitarização da polícia

continua...

Aspectos macroeconômicos, políticos e sociais	Políticas públicas para juventude	Racismo	Educação	Protagonismo Juvenil	Relações com a Polícia
Garantia do Estado laico	Mais financiamento destinado às iniciativas juvenis considerando suas especificidades	Elaboração de planos nacionais de combate ao racismo institucional de forma ampliada	Formação continuada sobre juventude negra para professores, profissionais da saúde, associações de bairro, profissionais do setor jurídico etc.	Dar protagonismo e voz para atuação política da juventude	Efetividade dos serviços de monitoramento da prática policial
Mais transparência e participação social nos processos jurídicos (controle social do judiciário).	Políticas intersetoriais e transversais para a juventude negra	Ampliação dos debates sobre racismo ambiental e institucional	Reformulação da política de educação	Incentivo a produção cultural, acadêmica e social	Desenvolvimento de ações de integração entre polícia e comunidade
Efetivação dos instrumentos jurídicos e de proteção (ECA, Estatutos da Juventude e da Igualdade Racial, Lei 10.639 etc.)	Fundos de apoio a projetos, grupos, coletivos e organizações juvenis	Enfrentamento sistemático e integrado para o combate ao extermínio da juventude negra	Formação continuada em Direitos Humanos para as instituições públicas	Formação e espaços de trocas para jovens	Estratégias específicas de combate ao racismo instituições no âmbito das corporações policiais
	Mais espaços, estratégias e técnicas para ampliar a auto-organização comunitária	Garantia do Estado laico	Fortalecimento de espaços de educação popular e comunitária	Estratégias de comunicação voltadas para juventude	
	Promoção de uma consciência reflexiva (individual, micropolítica, políticas culturais, etc.)		Incentivo a produção cultural, acadêmica e social	Promoção de uma consciência reflexiva (individual, micropolítica, políticas culturais, etc.)	
			Promoção de uma consciência reflexiva (individual, micropolítica, políticas culturais, etc.)		

Vale registrar também que as imbricações entre pesquisa e ação, potencializadas pelo projeto e pautadas na colaboração entre a equipe de pesquisa e os múltiplos atores sociais envolvidos no projeto em Fortaleza, Recife e Salvador, favoreceram, ao longo de seu desenvolvimento, proposições práticas de enfrentamento aos problemas enfrentados pela juventude negra.

Na sessão final dos Cafés, foram elaboradas agendas com os encaminhamentos sugeridos pelos participantes, dando maior ênfase e atenção às demandas feitas pelos próprios jovens. Uma delas, presente em todas as capitais, foi a solicitação para que representantes dos coletivos juvenis pudessem estar presentes nas reuniões e encontros realizados pelas diversas Secretarias Municipais e Estaduais, para que pudessem acompanhar as políticas, ações e atividades. Ressaltaram também que a participação deveria ser efetiva, possibilitando acesso ao espaço privilegiado para a fala e, sobretudo, para a escuta qualificada, e não apenas constar como "meros objetos sentados nas cadeiras".

A partir do Café de Recife, saiu a proposição também de formação de uma grande *rede de comunicação* entre os coletivos juvenis das três capitais envolvidas na pesquisa: Salvador, Recife e Fortaleza. A equipe de pesquisa mediou esta ação, iniciando algumas tratativas e mobilizações no sentido de se criar uma plataforma em rede social, a exemplo do *Facebook,* que pudesse integrar inicialmente os coletivos participantes da pesquisa e, oportunamente, outros grupos. Foi sugerida também durante o Café a organização de um Encontro local, bem como regional, no qual pudessem estar presentes todos os coletivos juvenis e atores sociais da Região Nordeste para debaterem as questões e dificuldades enfrentadas pela juventude e, principalmente, viabilizar formas de enfrentamento aos problemas. Os atores sociais presentes se comprometeram a apoiá-los e dar prosseguimento a esta demanda.

Quanto às repercussões do Café, pode ser destacado, a título de exemplo, um desdobramento mais imediato, ocorrido em Recife. Logo após o evento, o grupo local realizou o *I Encontro de Coletivos Negros*, que visou contribuir para a constituição e/ou fortalecimento de coletivos juvenis locais e dar visibilidade a seus modos de organização e suas práticas. A programação foi elaborada de forma participativa e incluiu uma roda de diálogo sobre a memória e a cultura afro-brasileira, além de uma oficina de planejamento de ações culturais e educativas.

Considerações finais

As situações e experiências compartilhadas no conjunto dos Cafés, assim como na oficina de Zine, evidenciam tanto a dimensão estrutural, quanto dinâmica do racismo na sociedade brasileira, com o agravante de que ele se reproduz graças à omissão do Estado ou de sua ineficácia, refletida na fragilidade das políticas públicas e do sistema de proteção social dirigida à juventude. Ao privilegiar o debate sobre racismo institucional, levou-se em conta que ele tem contribuído para ampliar a fragilidade na implementação e no funcionamento das redes de proteção social que deveriam zelar pela juventude – em especial, pelos grupos mais vulneráveis, como é o caso da juventude negra vulnerabilizada (LOPEZ, 2012).

Os equívocos e fragilidades do sistema educacional, o medo da polícia e a criminalização da juventude negra se destacaram na lista de problemas que conformam o quadro de violência estrutural e de racismo institucional a que negros e negras do Brasil estão expostos. Em um círculo perverso de vulnerabilidade e marginalização social, este segmento encabeça tanto a lista dos delitos juvenis, quanto a de vitimados por ele ou pelas mãos da polícia. O Estado atua nesse contexto como reprodutor da violência e da estigmatização, pautadas em características fenotípicas, econômicas e/ou espaciais, homogeneizando a juventude negra e enquadrando-a em rotulações referenciadas pelo crime e pela violência (PIMENTA, 2014).

Se considerarmos a atual conjuntura política do Brasil e o desmonte acelerado de conquistas sociais em curso, destacando alguns reveses nas políticas de promoção da igualdade racial, cabe reconhecer que os desafios apontados por ocasiões dos Cafés se intensificaram enormemente. Seu enfrentamento requer a mobilização de uma ampla rede de atores sociais, congregando esferas estatais e sócio-comunitárias da proteção social comprometidas com o combate às múltiplas facetas do racismo e de seus impactos na vida de jovens negros(as) brasileiros(as). É preciso enfatizar que a construção de um novo horizonte para a existência da juventude negra brasileira não pode ser alavancada sem a participação ativa de jovens negros e negras. Reiterando um lema que tem marcado o ativismo contemporâneo, impõe-se aqui o seguinte mote: "nada de nós, sem nós".

Referências

ABRAMO, H. *Cenas juvenis.* São Paulo: Scritta, 2002.

BARTH, F. *Grupos étnicos e suas fronteiras.* 2. ed. São Paulo: UNESP, 1998. p. 185-228.

FERNANDES, F. *O negro no mundo dos brancos*. 2. ed. São Paulo: Global, 2007, 313p.

GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M.A. (Org.). *Reforma do Estado & políticas de emprego no Brasil*. Campinas: Unicamp, 1998. p. 9-20.

GIROTTI, F. *Welfare State*: storia, modeli e critica. Roma: Carocci, 2000.

GOMES, N.L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. *Educação Anti-racista*: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília, MEC, Secretaria de Educação Continuada e Alfabetização e Diversidade, 2005. p. 39-62.

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

MESQUITA, M. R. Cultura e política: A experiência dos coletivos de cultura no movimento estudantil, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 81, p. 179-207, 2008.

MORAES, F. *No país do racismo institucional*: dez anos de ações do GT Racismo no MPPE. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2013, 176 p.

OLIVEIRA, R. C. de. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Pioneira, 1976.

PAIS, J.M. *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1996.

PIMENTA, M. de M. Juventude e violência. In: LIMA, R.S. de.; RATTON, J.L.; AZEVEDO, R.G. de. (Org.). *Crime, polícia e justiça no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2014, p. 265-275.

TRAD, L.A.B. Jovem, negro e "fora de lugar": contextos de violência estrutural ou racismo à brasileira. In: PINHEIRO, R. et al. (.org.). *Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura:* dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL Rio de Janeiro: CEPESC, 2015 p. 49-64.

VIANA, A.L.D.; MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIANA, A.L. d'A.; LEVCOVIZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate In*:* VIANA, A.L. d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, N. (Org.) *Proteção social:* dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

WERNECK, A. Teoria da rotulação. In: LIMA, R.S. de; RATTON, J.L.; AZEVEDO, R G. de. (Orgs). *Crime, polícia e justiça no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2014, p. 105-116.

WIEVIORKA, M. *O racismo, uma introdução*. Tradução de Fany Kon. São Paulo: Perspectiva, 2007. 164p. (Coleção Debates).

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: um desafio para o Sistema Único de Saúde brasileiro*

Marden Marques Soares Filho
Mara Fregapani Barreto

Introdução

Importante iniciar este texto fazendo uma breve introdução sobre o conceito de justiça com equidade e democracia, para em seguida discorrer sobre o lugar do qual estamos falando, ou seja, do espaço pelo qual esta proposta se fundamenta. Discutir-se-á, então, a questão da justiça com equidade esboçada nos primeiros capítulos do livro *Uma teoria da justiça*, de John Rawls. Surgem então questionamentos que partem do pressuposto de que as pessoas são diferentes e a sociedade é plural, mas como tratar essas diferenças sob a ótica do utilitarismo? Como os segmentos privados de liberdade pautam suas demandas às instituições? Para tanto, entraremos no campo dos conceitos de equidade, justiça e democracia para esse autor, além de discutir brevemente sobre os mecanismos de participação social.

No que se refere à teoria da justiça, em John Rawls partiremos das contribuições também

* Os autores elaboraram este texto exclusivamente para exposição na mesa-redonda "Desafios para a construção da integralidade nas políticas públicas – o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde", durante o XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde – Edição Região Centro Oeste, de 29 de junho a 3 de julho de 2015, na Universidade de Brasília, com apoio da FAPDF.

de Shapiro (2006), Schumpeter (1947), Thompson (2004) e Manzano Filho (2007). Sobre o conceito de movimentos sociais, utilizaremos Gohn (2006) e Carvalho (1998).

Segundo Shapiro (2006), em seu livro intitulado *Os fundamentos morais da política*, o utilitarismo é definido como um tipo de ética normativa, com origem nas obras dos filósofos e economistas ingleses do século XVIII e XIX, Jeremy Bentham e John Stuart Mill, segundo a qual uma ação é moralmente correta quando tende a promover a felicidade, e condenável se tende a produzir a infelicidade, considerada não apenas a felicidade do agente da ação, mas também a de todos afetados por ela.

Então, para Shapiro, o estado civil nasce para garantir os direitos naturais e é baseado no consenso, de onde deriva a tese fundamental de que o poder do Estado é essencialmente limitado. É limitado primeiramente porque pressupõe os direitos naturais e não pode violá-los; é limitado em segundo lugar porque o consenso é dado aos governantes somente sob condição de que exerçam o poder dentro dos limites estabelecidos.

Então, um governo legítimo nada mais é, nesse entendimento, do que um contrato não entre governantes e governados, mas entre homens igualmente livres, entrando agora no foco das primeiras discussões sobre "o que é justiça", dentro de uma concepção iluminista de que a liberdade individual possibilita que os homens construam as estruturas legais a partir daquilo que é entendido como direito natural. Em outras palavras, o iluminismo racionalizou o Ocidente, retirando os impulsos e a subjetividade romântica dos indivíduos, dando ao mesmo tempo uma liberdade individual na construção do Estado, e consequentemente da política.

Nesta discussão, o conceito de justiça aparece no intuito de pensar em uma sociedade justa. Shapiro nos traz a ideia, por exemplo, de justiça social, levando-se em consideração o Estado como elo fundamental, mostrando as origens da legitimidade das ações estatais. Neste sentido, o elo entre justiça e política é o Estado Democrático de Direito. Dentro desta concepção de justiça, em um Estado Democrático de Direito, democracia e liberdade não podem ser usadas para negar os direitos das minorias, conforme será mais bem debatido no decorrer deste capítulo.

A concepção de liberdade individual no contexto do iluminismo trouxe o utilitarismo, que considera que o valor ou o "desvalor" moral de uma ação ou instituição depende das consequências que essa ação ou instituição acarreta para que seja possível um estado de coisas que se julgue bom ou mau (maniqueísmo). A questão é que, a partir daí, começam as divergências para definir que estados de coisas são bons ou maus, intrinsecamente considerados (juízo de valor moral). Shapiro nos traz a concepção de "porções de felicidade". E por felicidade entendemos a soma de prazeres, ou de satisfação de interesses ou determinadas preferências. Portanto, as teses utilitaristas poderiam ser legitimadoras do poder do Estado.

Neste sentido, existe uma forte presença do utilitarismo, principalmente no que concerne à busca da garantia de direitos para as pessoas privadas de liberdade, que aparece na forma institucional e que toma nas sociedades democráticas a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios cidadãos.

Rawls inicia a discussão sobre justiça criticando o utilitarismo, entendendo que este foi concebido como um critério geral de moralidade, conforme discutido em Shapiro. Pode e deve ser aplicado tanto às ações individuais quanto às decisões políticas, tanto no domínio econômico quanto nos sociais ou jurídicos. O autor entende também que o utilitarismo está presente no nosso cotidiano para respaldar as instituições simplesmente por pautar as demandas oriundas da maioria da população. Em outras palavras, o bem-estar. Porém, essas instituições agem de forma injusta, por garantir o direito apenas para aquela maioria visível, que pauta questões puramente normativas.

Ora, diante de uma sociedade que possui normas e instituições que prezam por valores utilitaristas, a igualdade é entendida como um preceito moral. Nessa reflexão, entende-se também que a sociedade é plural e que o fenômeno do movimento social, diante dessa perspecitva, em um processo democrático e participativo, tende a pautar às instituições com as suas demandas sobre iniquidades e desigualdades. Esse movimento social possui demandas específicas de denúncia contra a violência, os maus-tratos e a ausência de direitos considerados básicos, além do enfrentamento do preconceito e da discriminiação social como causadora de sofrimento psíquico intra e extramuros e, em último caso, a reincidência como justificativa da ausência de proteção social.

Diante dessa discussão sobre participação social no Brasil, tendo Rawls como um teórico do campo do liberalismo, entende-se que as regras que regulam as instituições deveriam ser diferentes do que realmente são. Para ele, "indivíduos equitativos" partiriam de um ponto de vista social moral, onde a democracia se daria de forma realmente representativa. Nesse contexto, ou autor faz uma crítica quanto ao modelo dos partidos políticos, do sistema eleitoral e do voto, numa democracia representativa, onde a sociedade é o fenômeno e a representatividade de toda uma população se dá por meio desses partidos políticos (das instituições políticas).

Então, para Rawls, existem dois princípios na discussão de igualdade que ordenam a sociedade (assim como as instituições e as leis) e a forma pela qual se estabelece: o primeiro refere-se ao fato de que meus direitos têm que ser iguais aos direitos dos outros, no mesmo peso e na mesma medida; e pelo segundo entende-se que deve aceitar as desigualdades, mas essa diferença tem que ser vantajosa para todos de uma maneira geral.

Nessa discussão, entende-se que o conceito de política fundamenta-se em poder, procedimento e dominação, onde o procedimento, neste caso, é a democracia, que se dá por meio de instituições que têm o conhecimento e o poder de dominar por meio da utilização da "máquina pública".

Voltando um pouco à discussão das representações políticas, apresentada anteriormente, a crítica que John Rawls faz ao utilitarismo no sistema democrático reflete diretamente a função dos partidos políticos. Os partidos conseguem representar as vontades da comunidade privada de liberdade? Ou até mesmo da reivindicação de seus familiares? Em um espaço que se faz prevalecer a regra da maioria, acredita-se que não!

Conforme esclarece Schumpeter (1947), em seu livro *Capitalismo, socialismo e democracia*, a regra da maioria é legitimada pela ação do voto, como se entende em nosso sistema de eleições, onde nem todos os partidos têm a mesma "porção" de direitos, mesmo entendendo que a democracia ainda é o sistema mais eficaz para representar as vontades populares e assim concretizá-las.

Diante disso, John Rawls entra com a discussão de igualdade formal como crítica à democracia, entendendo aqui que para além dessa igualdade vão existir várias desigualdades. Ele critica essa democracia porque os direitos de

determinado grupo social não têm o mesmo peso que de outros grupos, daí o surgimento da "bandeira" da promoção da equidade, da luta pela equidade ou pela redução das iniquidades. Bandeira esta que pode ser apropriada e levantada pelo movimento pela promoção e defesa dos direitos das pessoas privadas de liberdade.

No enfoque da ciência política e das representações sociais, vale à pena entrar na discussão de democracia deliberativa e democracia representativa, conforme expõem Gutmann e Thompson (2004, p. 3):

> A democracia deliberativa afirma a necessidade de justificar as decisões tomadas pelos cidadãos e pelos seus representantes. Espera-se que ambos justifiquem as leis que querem impor uns aos outros. Numa democracia, os líderes devem dar razões que justifiquem as suas decisões e responder às razões que, por sua vez, são apresentadas pelos cidadãos. Mas a deliberação não é necessária para todos os assuntos, nem é necessária em todas as situações. A democracia deliberativa deixa lugar para outros processos de tomada de decisão — incluindo negociações entre grupos e operações secretas ordenadas pelo poder executivo —, desde que tenham eles próprios usado estas formas de justificação num momento qualquer do processo deliberativo. A sua primeira e mais importante característica é, então, o requisito de fornecer razões.

Já Manzano Filho (2007, p. 34) afirma que a democracia representativa pode ser explicada como:

> [...] o ato de um grupo ou pessoa ser eleito, normalmente por votação, para "representar" um povo ou uma população, isto é, para agir, falar e decidir em "nome do povo". Os "representantes do povo" se agrupam em instituições chamadas Parlamento, Congresso ou Assembleia da República. O conceito moderno de democracia é dominado pela forma de democracia eleitoral e plebiscitária majoritária no Ocidente, a que chamamos democracia liberal ou democracia representativa. Apesar de sua aceitação generalizada – sobretudo no pós-Guerra Fria - a democracia liberal é apenas uma das formas de representação balanceada de interesses, compreendida num conceito global de isonomia. A moderna noção de democracia se desenvolveu durante todo o século XIX e se firmou no século XX e está ligada ao ideal de participação popular, que remonta aos gregos, mas que se enriqueceu com as contribuições da Revolução Francesa, do Governo Representativo Liberal inglês e, finalmente, da Revolução Americana, que foram experiências de libertação do Homem e afirmaram da sua autonomia.

Esses autores corroboram as ideias de Rawls de que o conceito de Democracia Deliberativa contraria o de Democracia Representativa, esta última por haver de fato maior "representatividade" ou participação popular. Em Rawls, no "mundo real", ou seja, no mundo concreto dos acontecimentos políticos, econômicos e sociais, a democracia se sustenta no direito positivista. Para ter uma construção de algo considerado universal, a democracia tem que produzir algo também universal. Então, Rawls faz a seguinte relação: moral *versus* equidade *versus* justiça social. Em outras palavras, para se conquistar um direito humano violado, é necessário pautar um desejo que seja universal e de cunho moral para que, de forma equânime, possa-se chegar a uma justiça social.

A questão crucial nessa discussão é que direito não é valor universal, diferentemente do valor humano; então, a natureza genérica do homem é a noção de direito. O problema é que a noção de direito e de democracia caminham para a positivação e para a racionalização, diferentemente do direito humano, que se opõe à noção de direito e, consequentemente, ao respeito à diversidade de sujeitos.

Este cenário é propício ao surgimento de políticas públicas que busquem a garantia dos direitos, outrora violados, a segmentos que não tiveram o mesmo nível de oportunidades garantido à grande maioria. Então, o Estado jamais vai interpretar vontades substantivas, mas assegurar o direito de pauta que pode ser reivindicado por meio da referida participação social, exercida principalmente por meio do controle social, em espaços de diálogo e negociação com a gestão.

Diante dessa discussão sobre democracia e justiça, muito se tem escrito sobre a crise do sistema penitenciário e a falência da pena de prisão. Parece que já há um consenso a respeito. É extremamente sério o atual quadro deste sistema, marcadamente punitivo e que atua no contexto de um conjunto arcaico. Na visão foucaultiana e na prática do trabalho diário nos presídios, este sistema apenas segrega temporariamente o condenado pela ótica exclusiva da repressão. As conflitantes metas: punir, prevenir e regenerar não alcançam os fins a que se propõem.

Nos países latino-americanos com sérios problemas econômicos e sócio-políticos, a prisão torna-se objeto de urgente e indispensável intervenção. Isto porque a seletividade do sistema penal se exerce, majoritariamente, sobre as

populações menos favorecidas econômica e socialmente, bastando conferir com os dados do Censo Penitenciário Nacional de 1994: 95% da clientela do sistema são de presos pobres.

Numa visão mais goffmaniana, somam-se os problemas decorrentes da superpopulação carcerária (causada sobretudo pela inoperância tolerada do Estado) com os fenômenos da institucionalização e estigmatização do preso e do ex-preso (quando de seu retorno à comunidade livre), em que temos em nosso atual sistema penitenciário, centrado na pena de prisão em regime fechado, uma das mais cruéis violências praticadas com aval institucional.

Essas pessoas pobres ficam amontoadas e aprisionadas sob o estigma da lei penal, que lhe dificulta cada vez mais a reinserção social (na realidade a própria inserção social, pois de fato nunca foram socializados). O ex-preso dificilmente fugirá de comportamentos considerados ilícitos como estratégia de sobrevivência, engrossando o círculo perverso da reincidência criminal, que já atinge alta cifra no país. É importante frisar que toda a sociedade se vitimiza com a reincidência criminal na medida em que se ressente da violência praticada pelo ex-preso.

Deixando de lado considerações críticas sobre o próprio conceito de "ressocialização", não se pode, ao mesmo tempo, segregar pessoas e obter sua reeducação, numa lógica perversa de confinar para reintegrar. Muito mais que o ideal de "ressocialização", que pressupõe a ideologia do tratamento, deve-se substituir pelo conceito de reintegração social, onde há a suposição de um processo de comunicação entre a prisão e a sociedade, objetivando uma identificação entre os valores da comunidade livre com a prisão e vice-versa.

Neste sentido e visando alcançar uma eficaz integração social daquele que foi condenado a uma sanção penal, torna-se imprescindível maior aproximação e consequente envolvimento da comunidade na busca da solução de seus conflitos sociais. E a participação da sociedade civil organizada, rompendo as grades das ilegalidades cometidas atrás dos muros da prisão, sem dúvida traria maior transparência e responsabilidade àqueles que detêm o poder de "custodiar" o próprio homem.

Nesse sentido, a participação da sociedade na política penitenciária pode ajudar a dirimir a situação de violação dos direitos humanos da pessoa privada

de liberdade que desrespeita impunemente a Constituição Federal de 1988; a Lei de Execução Penal; Regras Mínimas da ONU para o Tratamento de Reclusos, adotadas em 31 de agosto de 1955, pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes; Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Resolução n.º 14, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), de 11 de novembro de 1994 (DOU de 02/12/94); Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão — Resolução n. 43/173, da Assembleia Geral das Nações Unidas — 76ª Sessão Plenária, de 9 de dezembro de 1988; Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos, ditados pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, visando a humanização da justiça penal e a proteção dos direitos do homem; Princípios de Ética Médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de prisioneiros ou detidos contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas cruéis, desumanos ou degradantes. Resolução nº 37/194, da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de dezembro de 1982, etc.

Diante desse cenário de aparente ausência do direito à saúde por parte da pessoa privada de liberdade, aparente porque havia pífias ações isoladas de saúde nos presídios, mas sem nenhum tipo de direcionamento ou ordenamento hobbesiano do caos social, somente em janeiro de 2014 foi instituída uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Prisional, fruto de uma iniciativa política iniciada em 2003 por meio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. As dificuldades de acesso de grande parte da população privada de liberdade a qualquer forma de cuidado em saúde agravaram os defeitos do modelo penal. Além disso, o recurso quase que exclusivo à reclusão prolongada resultou em processos de estigmatização e acentuação do isolamento desta clientela no que diz respeito à inserção social.

O sistema prisional brasileiro

Trata-se de um universo amplo e complexo: os contextos penais estaduais mantêm sob custódia mais de 600.000 pessoas, sendo 41% delas ainda sem condenação definitiva, além de cerca de 4.400 pacientes judiciários (em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e unidades prisionais comuns). Em tais

sistemas prisionais atuam, cotidianamente, 108.000 profissionais, sendo estes compostos por agentes de segurança (aproximadamente 68%), profissionais das equipes de saúde, educação, trabalho, serviços social, além de apoio administrativo e gestores, de acordo com dados do Infopen do Ministério da Justiça.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (jan/2013), existem cerca de 2.720 unidades que mantêm pessoas sob custódia, em todos os estados, entre penitenciárias, cadeias, delegacias, casas de albergado, colônias agrícolas, centros de remanejamento e detenção provisória, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Tais estabelecimentos localizam-se em mais de 1880 municípios, notadamente em sedes de Comarcas e em regiões denominadas "carcerárias", que concentram complexos penais.

Diante de tantas urgências, dos imperativos legais vigentes e das boas possibilidades (éticas, estratégicas, operacionais, financeiras), iniciativas têm sido tomadas, principalmente no âmbito da saúde pública brasileira, para a criação de condições favoráveis à realização de estudos e debates, à pactuação de estratégias e de agendas orçamentárias e, evidentemente, à produção das intervenções necessárias.

Direito à saúde no Brasil

A promulgação da Constituição Brasileira de 1988, também conhecida como a "Constituição Cidadã" (pelo fato de ter incluído em seu âmbito mecanismos de democracia direta e participativa) em seus marcos histórico, jurídico e ético-político, possibilitou a ampliação da mobilização social e o aprofundamento dos debates em torno das conquistas sociais e políticas, ao garantir às instituições governamentais e não governamentais a adoção de medidas voltadas à valorização da diversidade e ao exercício dos direitos humanos. Porém, a persistência da violação de direitos humanos ainda constitui um desafio para a sociedade e o Estado brasileiro.

No início dos anos 1990, surgiram as leis infraconstitucionais do SUS por meio das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Estes regramentos apresentam, entre outras questões importantes para a organização da saúde pública no Brasil, seus princípios éticos: a universalização, a integralidade e a igualdade; e seus princípios normativos: a descentralização e a participação social.

Importante destacar que, para Costa (2006), o conceito de equidade em saúde não se apresenta como princípio ético na Lei 8.080/90, como muitos autores insistem em apresentar, mas sim a igualdade. A equidade aparece a partir da participação social no campo da saúde por meio da democracia participativa. Isso significa que, para promover a equidade em saúde, é necessário que haja movimentos sociais em situação de vulnerabilidade e exclusão social em espaços de constante diálogo com a gestão pautando as suas diferenças.

> A promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinados a cada cidadão em suas necessidades. Estas necessidades são geradas em virtude de suas diferenças, e os serviços devem criar condições concretas para que estas necessidades específicas sejam atendidas. Recuperar o sentido de equidade na saúde, como capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades. Significa, portanto o respeito às subjetividades e ao direito à saúde de cada pessoa, cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades e singularidades (COSTA, 2006).

A participação social na gestão e monitoramento das políticas de saúde é um dos princípios do SUS e a principal ferramenta para promoção da equidade na saúde, por meio da vocalização, por parte de diferentes grupos sociais, de suas particularidades nas condições de vida e de saúde.

A saúde é um direito constitucional e deve ser assegurada universal e integralmente. Os próprios processos discriminatórios e a violência dirigida às pessoas privadas de liberdade são fatores determinantes de agravos à sua saúde, o que evidencia a necessidade de se acentuar os esforços do setor saúde na premissa da humanização da atenção. A equidade em saúde, torna-se, então, um princípio ético-político que norteia o cuidado, as ações políticas e estratégias, resgatando, assim, o sentido vivo da justiça e o conceito ampliado de saúde. Demanda iniciativas políticas e operacionais concretas, de natureza intersetorial e interinstitucional que visem à proteção dos direitos humanos, entre eles o direito à saúde.

A afirmação do princípio da equidade reforça o direito universal à saúde, ao reconhecer nas situações de iniquidades e nas determinações sociais da

saúde, que afetam as pessoas privadas de liberdade, os efeitos perversos que os processos de discriminação e de exclusão têm sobre sua saúde. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltados para o enfrentamento das iniquidades em saúde, a partir do reconhecimento dessas diferenças.

Nesse sentido, a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado é fundamental para garantir o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e à qualidade da atenção prestada. Faz-se necessário, para tanto, além da implantação de serviços de atenção básica nas unidades prisionais, ações de educação permanente para os trabalhadores e gestores em serviços penais (diretores, agentes penitenciários e trabalhadores da saúde) sobre o direito à saúde e estratégias de cuidado para os agravos prevalentes da população privada de liberdade, para que este cuidado seja compatível com as suas reais necessidades.

Segundo Aldé (2001), em sua tese de doutorado intitulada *A construção da Política*, Maquiavel aconselhava ao príncipe que conhecesse os costumes e opiniões do povo; um certo grau de consenso sempre foi vantajoso para o exercício do poder. E, muito antes da atual democracia representativa, *vox populi* já era *vox Dei*. Manter favorável a "opinião popular", nas palavras de Maquiavel, sempre tornou a política menos onerosa, tanto em termos financeiros quanto em termos sociais.

Ainda segundo Aldé, à medida que se expandem os direitos políticos e civis no Brasil, ao longo dos últimos dois séculos, a questão das ideias que o povo tem sobre a política ganha novos contornos. A necessidade de conquistar e manter o favor popular, a ser periodicamente confirmado por meio das eleições, torna seu conhecimento cada vez mais importante tanto em termos estratégicos, para a condução do Estado e organização da sociedade, quanto em termos normativos, na medida em que é preciso incorporar este novo ator político, o cidadão comum, ao modelo de democracia a ser adotado como legítimo, com as implicações decorrentes de suas características específicas.

O papel mais ativo previsto para o cidadão pelos modelos democráticos traz novos problemas, sobretudo em relação ao conhecimento sobre a política como pré-requisito para sua participação, ainda que mínima, em uma esfera pública definida como racional e tendendo ao bem comum. A capacidade e disposição das pessoas comuns para buscar e obter conhecimentos sobre a política, bem

como os processos e condições envolvidos nesta busca, passam ao primeiro plano da reflexão sobre a política e sociedade contemporâneas.

Estamos assistindo, desde os anos 1990, a uma generalização do discurso da "participação". Os mais diversos atores sociais, tanto na sociedade como no Estado, reivindicam e apoiam a "participação social", a democracia participativa, o controle social sobre o Estado, a realização de parcerias entre o Estado e a sociedade civil.

Para Carvalho (1998), "participação", democracia, controle social, parceria, não são, porém, conceitos com igual significado para os diversos atores e têm, para cada um deles, uma construção histórica diferente. Esta generalização e disputa de significados nos colocam, inicialmente, a necessidade de refazer alguns percursos que construíram conceitos e práticas de participação social no Brasil. Pode-se dizer de início, no entanto, que a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade, de um Estado tradicionalmente privatista, que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados.

Nessa discussão que envolve participação e democracia, pode-se afirmar que o resultado da luta política da população pelo direito à saúde no SUS apresenta como princípio normativo a participação e o controle da sociedade sobre as políticas de saúde. Fortalecer a participação social é estratégia fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades humanas, pois resgata a capacidade do cidadão de refletir e atuar sobre sua saúde e de sua comunidade, e ainda permite à gestão do sistema de saúde executar ações com base nas reais necessidades da população.

A crescente participação representa o envolvimento da sociedade brasileira com a temática da saúde. Representa também a complexidade do processo de participação democrática, pois implica o compromisso de garantir a representatividade real da sociedade na deliberação de diretrizes necessárias e oportunas para a qualidade de vida da população brasileira.

Neste sentido, cabe destacar o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que conta com diversas frentes de trabalho, dentre elas, a melhoria do nível de saúde de populações em condições persistentes de vulnerabilidade e

iniquidade, com ações voltadas para promoção da equidade em saúde de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade social, tais como: mulheres, crianças, adolescentes, pessoa com deficiência, bem como as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional e no sistema socieducativo.

O Ministério da Saúde compreende que a interlocução de diferentes grupos populacionais em condições de vulnerabilidade ou em processo de exclusão com a gestão é necessária para a promoção da equidade na saúde. Conquistar o SUS que queremos requer ampla mobilização dos mais diversos segmentos da sociedade civil para a defesa do direito e a promoção da equidade em saúde.

A luta pelos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade vem se fortalecendo no país, especialmente por meio da estruturação de grupos em todo o país. Essa mobilização social tem se expressado em vários eventos de repercussão nacional como também na inclusão do tema principalmente nas agendas de representantes do Executivo e do Judiciário, além dos governos sensíveis às questões sociais.

A atuação dos movimentos organizados abrange questões relevantes nas áreas da saúde, da educação, dos direitos humanos, dos direitos sociais e civis, buscando enfrentar de forma conjunta as consequências da situação de discriminação e marginalização histórica da sociedade brasileira.

O Direito à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Em seu art. 1º, a Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP), determina que "a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado". Esta é uma assertiva que vem como um imperativo: humanizar a sanção penal, com a prescrição de mecanismos concretos e serviços penais para garantia de direitos e criação de condições favoráveis para a "reparação" da pessoa custodiada, com consequente integração social positiva em sua vida pós-prisional. Em seus arts. 10 e 11, o texto da LEP preconiza: "A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade".

Cabe destacar que, por meio da Portaria Interministerial MS/MJ 1.777, de 09/09/2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), responsável por tornar mais congruentes a legislação penal e o SUS, dando alguma visibilidade à população custodiada no âmbito da política nacional de saúde. Tal Plano, ainda que subfinanciado e com baixa cobertura assistencial (cerca de 30% da população presa tem a garantia de atenção das equipes habilitadas), representa, a nosso ver, uma das mais significativas experiências de humanização no sistema de justiça criminal do país.

No Brasil, encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), 100% dos estados e o Distrito Federal, o que representa 271 equipes de saúde no sistema penitenciário, habilitadas e ativas (CNES, julho/2013), em 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios.

Esse total de equipes consideradas elegíveis ao PNSSP pode garantir acesso a aproximadamente 30% (200.000 pessoas), do total de pessoas sob custódia no país, num custo estimado de quase um milhão de reais por mês.

Com o processo de redesenho do PNSSP, ocorrido de 2011 a 2014, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado, às ações e aos serviços de saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais. Isso significa que toda unidade prisional passa a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à saúde, cuja responsabilidade pelas ações de Atenção Básica a serem ofertadas no âmbito do sistema prisional é do SUS, e os atendimentos devem ser realizados para toda população privada de liberdade que se encontra em todo o itinerário carcerário que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia a presos condenados em penitenciárias federais.

Entende-se ser necessário, então, o aumento da agenda orçamentária do Poder Executivo, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde e ao custeio dos serviços, com

destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que, de fato, as Redes de Atenção à Saúde locais e regionais fortaleçam suas capacidades e a população custodiada seja visualizada pelo SUS, de modo universal, integral, resolutivo e contínuo.

É evidente que o SUS, por meio da Rede de Atenção à Saúde, deve garantir as premissas sustentadas e normatizadas pelo regramento existente em seu âmbito (muitas delas mencionadas neste documento). A gestão de toda a rede assistencial dos estados, Distrito Federal e municípios, bem como a oferta do serviço de maior complexidade a toda a população privada de liberdade, é responsabilidade dessa Rede (estadualizadas, regionalizadas e municipalizadas, dependendo dos níveis de habilitação dos serviços ao SUS e das formas de contratualização definidas). Nesse sentido, com a publicação da PNAISP, deve-se garantir uma cobertura assistencial mais significativa da população que se encontra sob custódia do Estado, possibilitando o matriciamento de diversas estratégias do SUS e a focalização das ações.

A PNAISP define os serviços e equipes em sua carga horária e faixa de população a ser referenciada do seguinte modo: a) Unidades prisionais com até 100 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de seis horas semanais; b) Unidades prisionais entre 101 e 500 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de 20 horas semanais; e c) Unidades prisionais entre 501 e 1.200 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de 30 horas semanais.

Já a tipificação das equipes, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), que deverão compor tais serviços, foi proposta da seguinte maneira:

I – para unidades com até 100 (cem) custodiados:

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental;

II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados:

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e

III - para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados:

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III.

A Equipe de Atenção Básica tipo I será composta de:
I - 1 (um) enfermeiro;
II - 1 (um) médico;
III - 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem;
IV - 1 (um) cirurgião-dentista; e
V - 1 (um) técnico ou auxiliar de saúde bucal.

Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a mesma composição definida no § 1º acrescida de:
I – 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;
II – 2 (dois) profissionais selecionados entre as ocupações abaixo:

a) fisioterapia;

b) terapia ocupacional;

c) psicologia;

d) assistência social;

e) farmácia; ou

f) enfermagem

A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II será composta de:
I - 1 (um) enfermeiro;
II - 1 (um) médico;
III - 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem;
IV - 1 (um) cirurgião-dentista;
V - 1 (um) técnico ou auxiliar de saúde bucal;
VI - 1 (um) psicólogo;
VII - 1 (um) assistente social;

VIII - 1 (um) profissional selecionado entre as ocupações abaixo:

a) fisioterapia;

b) psicologia;

c) assistência social;

d) farmácia;

e) terapia ocupacional;

f) nutrição; ou

g) enfermagem

A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a mesma composição definida anteriormente acrescida de:

I – 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;

II – 2 (dois) profissionais selecionados entre as ocupações abaixo:

a) fisioterapia;

b) psicologia;

c) assistência social;

d) farmácia;

e) terapia ocupacional; ou

f) enfermagem

A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida anteriormente.

Os valores estabelecidos, por serviço constituído, variam de acordo com as características da população de referência, tais como quantidade, perfil epidemiológico e tipificação no âmbito da Justiça Criminal (notadamente, presos comuns e pacientes judiciários). Os recursos a serem transferidos, a título de incentivo, terão como piso o valor de uma equipe da atenção básica mínima, por 6 horas semanais – R$ 3.957,50 – e, como teto, um serviço composto

por equipe de atenção básica completa, equipe de saúde bucal e o componente psicossocial, para 30 horas semanais – R$ 42.949,96. Soma-se a esse valor, um recurso definido como "compensatório", de acordo com as características sócio-sanitárias do município que conta com a unidade prisional a ser reconhecida pelo serviço habilitado. Tal compensação poderá variar de 6% a 70% e será acrescida ao valor do serviço.

As questões pertinentes a tais valores estão consignadas no art. 6º da PNAISP: o valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando os valores constantes no Anexo I da Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, que operacionaliza a PNAISP), a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

Ao município que aderir à PNAISP será garantida uma complementação aos valores referidos no "caput", a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do município e o respectivo índice de desempenho do SUS (IDSUS), publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo II da Portaria nº 482/2014.

E ao Estado será garantida uma complementação dos valores referidos no *caput*, a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do município e o respectivo IDSUS do município onde estiver localizada a equipe habilitada, publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento e observará a tabela constante no Anexo III da Portaria nº 482/2014.

Espera-se, também, que o governo estadual garanta o financiamento participativo, em uma proporção mínima de 20% em relação ao valor total do serviço ou equipe habilitada. Desse modo, o planejamento para implantação da PNAISP e habilitação das equipes e dos serviços será progressivo, ao longo deste e do início do próximo ciclo de planejamento e orçamento de governo, e respeitará os limites orçamentários estabelecidos no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), para os próximos exercícios, bem como a capacidade

de gestão exercida pelas unidades federativas para realização dos procedimentos previstos na Portaria que institui a PNAISP e normas complementares.

Por fim, é importante destacar que o tema da Saúde Prisional, por mais de dez anos, foi capitaneado pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), com uma coordenação própria e autônoma. Com a especificidade da equipe, foi possível instituir a PNAISP. Contudo, esta Política, a partir do início de 2015, saiu do DAPES e passou a integrar o Departamento de Atenção Básica (DAB), no âmbito da mesma Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Se por um lado, a PNAISP perdeu o *status* de Coordenação específica, por outro se tornou um tema transversal, sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Atenção Básica. O fato de a PNAISP estar formalmente na Atenção Básica atende a um discurso histórico da saúde prisional, pois pode se tornar uma prioridade política como a Atenção Básica é atualmente. Contudo, deve-se tomar cuidado para que o tema não se perca dentro do DAB e se torne menos valorado como outros temas transversais que ainda não ganharam *status* de política, enfraquecendo a PNAISP a ponto de perder sua credibilidade como política pública junto aos estados e, consequentemente, de se deteriorar com um projeto ético-político tão importante e custoso para a sociedade brasileira.

Reorientação do modelo de assistência à saúde mental para o sistema prisional

O art. 1º da Lei 7.210/1984, a Lei de Execução Penal (LEP), determina que "a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado". E em seu art. 99, vem consignar que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCPT) destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Quanto a tratamento ambulatorial, o art. 101, da mesma regra, dispõe que será realizado em HCPT ou em outro local com dependência médica adequada.

No entanto, o instituto "HCTP" deverá ser gradativamente substituído por medidas terapêuticas de base comunitária, sendo possível vislumbrar, pelo esforço dos sanitaristas e militantes dos movimentos de luta antimanicomial

no país, um modelo substitutivo, especialmente a partir da publicação da Lei nº10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e redireciona o modelo de atenção.

Outrossim, o atendimento à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito da justiça criminal, tem sido consignado em marcos legais importantes, que estabelecem diretrizes para atenção aos pacientes judiciários, a saber: Resolução CNPCP nº 5, de 04/05/2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança; Resolução CNPCP nº 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001; Resolução CNJ nº 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança; e Recomendação CNJ nº 35, de 12/07/2011, sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. A Portaria MS/GM nº 3.090, de 23/12/2011, estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) sejam definidos em tipo I e II, e destina recursos financeiros para incentivo e custeio. O SUS reconhece que tais dispositivos configuram-se como pontos de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia.

As Portarias MS nºs 94 e nº 95 foram publicadas em 14 de janeiro de 2014. A primeira institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda dispõe sobre o financiamento deste serviço. A Resolução CNPCP nº 1, de 10 de fevereiro de 2014, resolve que o acesso ao programa de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, se dará por meio do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas consignado na Portaria MS nº 94.

A lógica assistencial proposta para a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei compreende a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde mental, de acordo com o consignado nos normativos supracitados, em especial na Lei nº 10.216/2001, asseverando que "são proibidas as internações

em instituições com características asilares" e que, desse modo, a admissão em estabelecimento psiquiátrico é considerada "limitada às situações em que os demais recursos mostrem-se insuficientes e para os pacientes com longa história de internação psiquiátrica, devem ser desenvolvidos programas de reinserção e reabilitação psicossocial".

Pelos regramentos citados, os órgãos da justiça criminal, em âmbito nacional, encontram caminhos para tornar-se mais congruentes com as premissas da seguridade social, modificando-se, claramente, a finalidade da medida de segurança: uma transposição, do "tratamento", da "presunção criminal", para o "cuidado", a "prevenção" e a "inclusão social". Configura-se aí o reconhecimento da "titularidade de direitos" das pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei.

As últimas normativas do Ministério da Saúde vinculadas à PNAISP foram as Portarias MS nºs 94/2014 e 95/2014, resultado dos debates realizados por diversas instituições (Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Justiça, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão), que compõem um grupo técnico que discutiu as questões pertinentes às medidas de segurança, em âmbito nacional. A Portaria nº 94/2014 surgiu como alternativa para constituição de um mecanismo "agenciador" [conector] entre o sistema de saúde, por meio das políticas de saúde do privado de liberdade e de saúde mental, o sistema de assistência e proteção social, dentre outras políticas setoriais, e o sistema de justiça criminal. Portanto, este novo dispositivo não oferta nem cuidado, tampouco peritagem, mas utilizará de sua potência conectora para viabilizar o processo de fechamento da porta de entrada desses manicômios judiciários e todo o processo de desinstitucionalização para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo o apoio à elaboração do Projeto Terapêutico singular junto à RAS.

Desse modo, tais dispositivos pretendem apoiar a adoção de modelos alternativos ao tratamento no âmbito da justiça criminal, este aplicado historicamente com forte viés periculosista, com características asilares e escassa compreensão acerca do sujeito da medida de segurança e de sua rede de relações. Propõe-se, então, que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei sejam inseridas, preferencialmente, em redes de saúde, além de reconhecer a

importância da assistência e proteção sociais, dos benefícios assistenciais e da inclusão em redes de sociabilidade.

Constituído como componente da PNAISP, representa parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção no âmbito do SUS. A partir da composição do Grupo Condutor da Política, prevê-se a constituição de comissão de trabalho, para proposição e apoio à estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, contribuindo para a elaboração de um plano de ações integradas, podendo contar com representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere.

O Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é composto por uma equipe (EAP) e conta com um incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) para custeio a serem repassados fundo a fundo, de modo regular, ao ente federativo que cumprir o protocolo para adesão e implantação do serviço. Prevê ainda, em seu art. 2º, a aplicação de efeitos em função do descumprimento do que for pactuado. Cabe destacar que o planejamento para implantação da PNAISP e habilitação dos serviços da EAP será progressivo e respeitará os limites orçamentários estabelecidos no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para os próximos exercícios, bem como a capacidade de gestão exercida pelas unidades federativas para realização dos procedimentos previstos.

Considerações finais

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, adotou-se no Brasil uma perspectiva de democracia representativa e participativa, incorporando a participação da comunidade na gestão das políticas públicas (art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; art. 206, VI, art. 227, parágrafo 7). Diversos mecanismos de participação da comunidade na gestão das políticas públicas vêm sendo

implementados no Brasil. No entanto, a participação da sociedade nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas requer a constituição de um órgão colegiado deliberativo, representativo da sociedade, de caráter permanente.

Os Conselhos começam, então, a partir da Constituição Federal de 1988, a se configurarem em espaços públicos de articulação entre governo e sociedade. A década de 1990 presenciou uma verdadeira explosão de criação de conselhos em todo o Brasil, que culminou com a obrigatoriedade da implementação dos Conselhos de Saúde, que exerce papel de formulador de políticas públicas, juntamente com o Executivo, e dos Conselhos da Comunidade de Apoio à Execução Penal, juntamente com o Judiciário.

Os Conselhos instituídos no Brasil apresentam características bem diferenciadas, no que tange à natureza, papel, funções, atribuições, composição, estrutura e regimento. No entanto, vale ressaltar que a constituição e efetiva atuação dos conselhos possibilita a participação da sociedade no interior do próprio estado.

O momento atual é um processo de construção. E é fundamental que todos os setores, órgãos e pessoas imbuídas neste processo de construção façam a sua parte. A soma de todas as partes resulta a sinergia, que nada mais é do que a ação simultânea dos vários fatores que contribuem para uma ação coordenada. Para que esta iniciativa política caminhe para além da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, basta que se torne realidade cultural e rotineira.

A cultura é formada a partir de valores que vão sendo incorporados com o passar do tempo. É como construir uma casa: cada tijolo é um valor que se torna parte da casa. Para trocar os tijolos, é preciso derrubar, "desconstruir" a casa. Somente assim muda-se a cultura, com a "desconstrução", pela substituição dos valores que não se desejam mais por outros novos.

Com uma curta história de participação social, os movimentos Conselhos da Comunidade de Apoio à Execução Penal, Conselhos Penitenciários, Pastoral Carcerária, entre outros, têm colaborado com pautas e propostas voltadas às assistências e, especialmente, ao apoio jurídico especializado. Diante desta

realidade, a participação da sociedade civil contribui para o exercício da cidadania e no o controle social.

Em nosso país, vários canais de interlocução entre Governo e Sociedade Civil têm sido criados, tais como conferências, conselhos, comitês, que atuam como fóruns participativos apresentando enorme potencial de mobilização e representatividade como instrumento de ampla mobilização da sociedade, desde o nível local. Esses espaços participativos têm competência consultiva e/ou deliberativa sobre as políticas públicas, o orçamento e demais ações de governo. Porém, no SUS, além desses espaços institucionalizados, existem outros que não são institucionalizados e que representam a base na qual se forma a vontade coletiva de atuar como cidadão, como as associações de bairro, plenárias, fóruns populares e movimentos sociais, que acontecem nas escolas, nas comunidades, nos locais de trabalho.

Por outro lado, todo o arranjo necessário à implementação de qualquer estratégia dedicada à atenção ao privado de liberdade e ao paciente judiciário, dependerá de iniciativas, além da sociedade civil, das administrações dos sistemas de Justiça e do SUS, nas três esferas de governo, bem como das diversas outras políticas setoriais (notadamente o Sistema Único da Assistência Social), de órgãos do Judiciário.

Nesse sentido, espera-se que, tanto quanto possível, cada SUS municipal e respectivos gestores estaduais, articulados às administrações prisionais e cumprindo suas responsabilidades sanitárias perante todo e qualquer cidadão que esteja habitando em seu território, deve referenciar a população custodiada, ainda que se considerem as dificuldades vividas por seus gestores e profissionais de saúde na condução da política setorial em questão (notadamente, a limitação de recursos e o crescimento da demanda) e dos problemas inerentes aos contextos carcerários.

Referências

ALDÉ, A. *A construção da política*: cidadão comum, mídia e atitude política. Tese - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2001.

BORGES, A.M.R. *Direitos Humanos*: conceitos e preconceitos. In http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/alciborges/alci_dh_conceitos_preconceitos.pdf>. Acesso em: 31 mar 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem Homofobia*: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: SEDH, 2004.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Cadastros de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820/GM/2009. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 14 ago 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Portaria GM n. 648, 28 mar 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, Portaria GM n. 687, 30 mar 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes Operacionais – Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Portaria GM n. 399, 22 fev 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicávies à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, M.C.A. *A participação social do Brasil hoje*. São Paulo: Polis, 1998.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saude soc*. São Paulo, v. 15, n. 2, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOHN, M.G. *Teoria dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Loyola, 2003.

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. Why deliberative democracy? New Jersey: Princeton University Press, 2004,.

HOBBES, T. *Leviatã*. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

MANZANO FILHO, G. Recuperação do Congresso fracassou, diz Economist. Nacional. *O Estado de S. Paulo*, 08 fev 2007.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RODRIGUES, M.L.A. Empoderamento, um desafio a ser enfrentado. Módulo II: Conselho dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/2/empoderamento.htm>. Acesso em: 29 abr 2009.

SCHUMPETER, J.A. Capitalismo, socialismo e democracia. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SHAPIRO, I. *Os fundamentos morais da política*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Instituições de ensino de saúde e desafios da integralidade do cuidado à mulher em situações de vulnerabilidade social: feminino, saúde e política*

Maria Elizabeth Barros de Barros
Maria Carolina de Andrade Freitas

Amar e mudar as coisas
me interessa mais.
Belchior

O desafio de tecer alguns fios conectivos sobre temas tão complexos como este, a que somos convocadas nesse seminário – "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado" – exige-nos uma licença. Não tentaremos ser exaustivas. Há algum tempo, temos exercitado uma experimentação prudente de tentar conferir aos cacos sua dignidade de réstia, seu poder de germinação (BENJAMIN, 1992; GAGNEBIN, 1982).

Longe de negligenciar a tamanha complexidade dos temas propostos neste debate, gostaríamos apenas de ressaltar nossa posição de "atenção inventadeira" para alguns miúdos que nos ajuda a conversar. *Inventadeira*, uma vez que é invenção contemporânea de uma

* As autoras elaboraram este texto exclusivamente para sua participação na mesa-redonda intitulada "Violência institucional, direitos humanos e redes de políticas públicas: desafios, dilemas e alternativas para a integralidade do cuidado à mulher", durante o XVI Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, na celebração dos 10 anos de parceria LAPPIS-Hospital Sofia Feldman e do IV Encontro da Incubadora da Integralidade, realizado de 28 a 30 de junho de 2016, no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. O evento, cujo tema central foi "Populações vulneráveis e a promoção de equidade: a mulher na luta pelo direito de ser na integralidade do cuidado", contou como apoio de: Japan International Cooperation Agency (ICA), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), Escola de Enfermagem da UFMG, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz; Grupo de Estudos em Saúde Coletiva – GESC / UFRGS, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde: contextos, trajetórias e políticas públicas (FASA, ISC/UFBA), Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; Universidade de Brasília, Faculdades de Medicina e Comunicação da Universidade Federal do Acre e Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

vida, meio de viver, criação de territórios existenciais com múltiplas e variadas possibilidades de criar e habitar mundos. Invenção de mundos: esta, uma posição inventadeira. *Ethos* que interroga o que seja ser alguma coisa, desmonta o estatuto do ser no pensamento. Perturba códigos e rituais que nos fazem algo de forma definitiva e incontestável. Posição radical que questiona qualquer fundamento possível para o ser, em especial o humano. Posição incômoda, corruptiva das imagens estáveis e confortáveis que criamos para nós mesmos e para os outros. Posição inventadeira como insistente problematização do que somos, atenta para o que estamos em via de nos tornarmos. Rejeita soluções finais que buscam exterminar as indagações sobre a unidade do ser. Posição inventadeira que abala o mito das verdades inquestionáveis acerca de nós mesmos.

A célebre frase de Beauvoir, "ninguém nasce mulher; torna-se mulher", na aurora do século XX, além de toda polêmica, ressoa disruptivamente ainda mais. Além de cernir e romper uma tradição essencialista das diferenças entre os sexos, desnaturalizou certo modelo de feminino e de mulher, que se dobrava sob ditames políticos e econômicos dos modos burgueses e capitalísticos de vida codificados pelos séculos XVIII e XIX (FERREIRA, 2008; NERI, 1996). A célebre ousadia ainda faz proferir mais: *ninguém está dado a priori, e somente existem feituras*. Posição de atenção inventadeira.

Tal prerrogativa, além de sustentar importante debate no campo das questões de gênero, convida-nos também a entrelaçar igualmente uma afirmação sobre a saúde. Esta também não está dada por antecipação, e não pode definir-se como ausência de doença tão somente. Saúde são processos. Modos de fazer-se diante do meio sempre infiel. Saúde aponta para a vida e para os movimentos que ela constantemente está a produzir. Movimentos que comportam escapes e derivações, e não se emolduram totalmente por nenhuma tentativa de arranjo absoluto, por graça dos giros, dos dribles, das dobras, presentes no campo das subjetivações.

"Sim, a vida é uma mulher", a afirmação nietzschiana produz vertigem e embaralha os sentidos postos. Convoca não somente a acolhermos alguma propositada indefinição sobre o sexo e o gênero, como entreabre outras posições políticas, ao declarar que a potência de uma vida não cessa de espalhar-se. Estaríamos diante de uma conversa que articula questões quanto ao que o feminino,

a saúde e a política não esgotam? Esta última encarada não como política de estado, mas como aquilo que indica criação de modos de vida, de fazermo-nos ao mesmo tempo que nos pensamos, agimos e vivemos, inseparavelmente.

É preciso apontar que as mudanças produzidas pelos movimentos históricos das mulheres, diante das transformações da vida, mesmo longe de se constituírem garantia dos direitos políticos, corroboraram significativas conquistas e possibilidades quanto a afirmar uma vida desejante e não enquadrada e emoldurada pelo naturalismo essencialista do homem-público e da mulher-privada (FERREIRA, 2008; HÉRITIER, 1997).

Alguns fenômenos concorreram para as configurações que encaramos: a crise da sociedade burguesa e de seu modelo de família; a entrada da mulher no mercado de trabalho; a separação entre a sexualidade e reprodução; a visibilidade da homossexualidade, conforme situa Ferreira (2008). Mas como nos aponta Rolnik, as formas-duras engendradas também para o combate por vezes insistem em sobreviver em nós além dos usos necessários da luta. Permanecem por demasiado tempo e com exacerbada força que endurecem nossas aberturas ao desconhecido em nós, àquilo que pede fissura e vazão. Daí, tornamo-nos guerreiros de nós mesmos, em favor da tentativa de manutenção de outras configurações de "identidade sedentária", evitando despedirmo-nos do absoluto. Absoluto, este, que outrora, nós mesmos, combatíamos. E, adoecemos.

Se já não se pode mais pensar o feminino, e/ou a mulher, dentro das prerrogativas reprodutivistas, nem definir seus corpos por suas condições menores ou frágeis e débeis, como se sustentou na *História das mulheres no ocidente* (DUBY; PERROT, 1991), é também imperioso o exercício de *inconformar o feminino*, e diríamos, *inconformar a saúde*, aos modelos pretensiosamente reinantes e interesseiros.

Isto não quer dizer que abrimos mão das lutas, mas que as mesmas configuram maneiras provisórias de produção. E justo por serem marcadas por suas provisoriedades, são altamente perigosas[1] e fecundas. Pois aquilo que é

1 A adjetivação aqui produzida não deseja despotencializar a afirmação do movimento, identificando-o com seu sentido corrente de risco. Mas sim de apontar, como o próprio Guimarães Rosa afirmou em prosa, que "viver é perigoso", a fim de ressaltar a importância do campo imanente que são a vida e sua infindável movimentação, criação e produção.

provisório, paradoxalmente, torna-se passível de operar diferença. Apontamento do mestre zen: a única constância que existe é a mudança. Transformação.

Cabe-nos de algum modo sublinhar que nossa atenção ao disruptivo, por outro lado, não nos torna amistosos a ele, necessariamente. Atenção ao disruptivo é aposta ética. Labor. Exercício implicativo.

Aquilo que difere também pode causar-nos horror. E diante do horror, violência. Tentamos ajeitar sobre as hastes da dominação, aquilo que insurge e difere. A história humana é repleta das tentativas de subordinação da vida aos modelos datados que criamos na "perseguição da verdade". Não é a também isto que enfrentamos no movimento contemporâneo? Ao ressurgimento dos argumentos conservadores e, tantas vezes, fascistas, que tentam – sobre as infindáveis aberturas que muitas e muitas vidas produziram e racharam – atuar para contê-las, para ordená-las?

No final do ano passado, ouvimos os gritos de mulheres na marcha mundial da mulher espalhada em vários países e no Brasil, em muitas capitais: "mexeu com uma, mexeu com todas" (EL PAÍS, 2016). Apesar dos gritos, não cessam as sobrecodificações: o projeto que tramita quanto ao enquadramento da família ao modelo nuclear; o clamor à redução da maioridade penal; a aprovação de projeto que limita a pílula do dia seguinte nos hospitais públicos para mulheres estupradas; para elencar algumas lamentáveis marcha à ré(s)...

Não se trata de desconsiderar, portanto, qualquer estrutura de dominação existente (BOURDIEU, 1998). Trata-se, no entanto, de propositar outros modos de interrogar sobre tais articulações.

De "O que quer uma mulher?" para "A mulher do fim do mundo"

A interrogação freudiana "o que quer uma mulher", no século passado, demarcou para seu tempo alguma subversão – ainda que limitadamente – quando ousou conferir às "degredadas mulheres desencaixadas de seus precedentes" um lugar de enunciação importante, empreendendo um ato criador, na escuta daquilo que não se deteve pelas práticas de regulação do corpo e da alma (NERI, 1996). Tal interrogação, contudo, foi tributária dos modos essencialistas de pensar a sexualidade e a divisão entre os sexos. Ainda assim, a interrogação deixa correr uma pergunta que não pode receber resposta definitiva: *a pergunta*

sobre o desejo. *E o apontamento do desejo como fluxo*. Isto acaba por colocar em efervescência a tentativa de superação das dicotomias tradicionais, que ainda nos pesam e embaraçam.

Tanto o que se situa na ordem do desejo não está determinado a uma forma única, como nem mesmo a denominação mulher/feminino está dada de antemão, totalitariamente, apesar das inúmeras denominações que o pensamento, em suas correntes teóricas, delimitou. Existem possibilidades menores[2] de reconhecimento e perspectiva sobre tal realidade.

Ferreira (2008), a partir de algumas interpolações com o pensamento de Bourdieu, afirma que realizar a análise científica sobre a dominação dos gêneros pode produzir dois efeitos arriscados: ou reforçar simbolicamente a própria dominação, recuperando seu discurso; ou contribuir para uma neutralização inoperante. Atenta a este entrave, a autora retoma algumas provocações deleuzianas, propondo construir uma afirmação do feminino que realize uma crítica à razão, e constitua outros possíveis modos de multiplicizar os "'n' sexos das moças" (FERREIRA, 2008, p. 19).

Em o *Anti-Édipo*, Deleuze e Guattari (1976) já situavam a descoberta freudiana dos fluxos do desejo como uma contribuição importante ao pensamento, destacando, no entanto, que o confinamento à representação, produziu certo esvaziamento da potência operacional da tal descoberta. Quanto a isso, Ferreira insiste que é preciso superar as dicotomias que a questão de gênero parece sustentar e, convoca:

> Dessa maneira, um corpo não se define pela sua substância, nem pelos seus órgãos, nem mesmo por suas funções, mas pelo seu movimento, pelo conjunto de afetos intensivos. Assim, nada se subjetiva; tudo se compõe a partir de afetos não subjetiváveis. O objetivo último da máquina desejante é tornar-se

2 "Menores" aqui não se define pela utilização corrente de determinar um tamanho de um campo ou indicar algo relativo à sua insuficiência. Menor referencia a contribuição deleuziana de uma "literatura menor" quando o autor, ao encontrar-se com Kafka, forja uma distinção nos modos hegemônicos de se entender as produções da literatura que visaram num determinado momento impor certa maneira de significar e valorar as criações literárias. Conforme aponta Schollhammer (s/d, p. 60-69), a literatura menor "[o]pera uma outra concepção de realismo em que a realidade é entendida enquanto agenciamento, ou seja, enquanto prática, e neste sentido trata-se aqui de uma reformulação do que entendemos por política e por realidade [...] Percebemos, desta forma, que a língua menor caracteriza um procedimento revolucionário dentro de qualquer língua, uma subversão do seu uso representativo que sempre se coloca a serviço de um determinado poder institucional ou de uma ideologia nacional".

> não figurativa, imperceptível. É nesse contexto que Deleuze utiliza o termo "tornar-se mulher". Nota-se que essa expressão não significa imitar nem se transformar em mulher no sentido essencialista do que se entenderia como sendo a sexualidade feminina, mas, pelo contrário "tornar-se mulher" seria uma forma de recuperar a dimensão corporal perdida na fabricação dos organismos opostos. Assim, segundo o autor: "As moças não pertencem a uma idade, a um sexo, a uma ordem ou a um reino: elas deslizam antes, entre as ordens, os atos, as idades, os sexos, elas produzem "n" sexos" (FERREIRA, 2008, p. 20-21).

Por ora, retomamos duas canções cantadas por Elza Soares em seu álbum "A mulher do fim mundo", duas belíssimas interpretações que nos incitam a pensar e afirmar as inúmeras dobras que se podem operar quanto a esta *abertura em feitura* que se nomeou e se equivaleu: feminino/mulher, em seus sentidos disruptivos. A primeira canção é um poema musicado de Oswald de Andrade, que se chama "Coração do mar", e é seguido pela letra da música que dá nome ao álbum:

Coração do mar
É terra que ninguém conhece
Permanece ao largo
E contém o próprio mundo
Como hospedeiro
Tem por nome "Se eu tivesse um amor"
Tem por nome "Se eu tivesse um amor"
Tem por nome "Se eu tivesse um amor"
Tem por nome "Se eu tivesse um amor"
Tem por bandeira um pedaço de sangue
Onde flui a correnteza do canal do mangue
Tem por sentinelas equipagens, estrelas, taifeiros, madrugadas e escolas de samba
É um navio humano quente, negreiro do mangue
É um navio humano quente, guerreiro do mangue[3]

Meu choro não é nada além de carnaval
É lágrima de samba na ponta dos pés
A multidão avança como vendaval
Me joga na avenida que não sei qualé
Pirata e super-homem cantam o calor

3 Disponível em: https://www.letras.mus.br/elza-soares/coracao-do-mar/

Um peixe amarelo beija minha mão
As asas de um anjo soltas pelo chão
Na chuva de confetes deixo a minha dor
Na avenida deixei lá
A pele preta e a minha paz
Na avenida deixei lá
A minha farra minha opinião
A minha casa minha solidão
Joguei do alto do terceiro andar
Quebrei a cara e me livrei do resto dessa vida
Na avenida dura até o fim
Mulher do fim do mundo
Eu sou e vou até o fim cantar
Eu quero cantar até o fim
Me deixem cantar até o fim
Até o fim eu vou cantar
Eu vou cantar até o fim
Eu sou mulher do fim do mundo
Eu vou cantar, me deixem cantar até o fim
Até o fim eu vou cantar, eu quero cantar
Eu quero é cantar eu vou cantar até o fim
Eu vou cantar me deixem cantar até o fim[4]

Assim, é preciso implodir as nomeações fechadas. Navegar pelo coração do mar. Produzir devir-mulher que não cessa de inscrever seu canto, transformando-o em outros, mesmo diante do fim do mundo, fazendo derivas murmurarem, afinando outras efervescências que a vida im-pulsa. Tanto quanto exercitar outros modos de compreensão sobre a sexualidade, a diferença sexual, a questão de gênero em suas articulações com a produção de saúde. Não se trata de reconhecer "o homem", "a mulher", como quaisquer essencialidades ou interioridades substancializadas, mas de exercitar outros modos de constituição de si e do mundo que aponte o "tornar-se" como se referindo à multiplicidade de afetos e circulação de desejos, fora do comum sistema de oposições binárias que aportam as leituras reinantes de mundo e pensamento.

Como se afirma em Ferreira (2008): a existência de um feminino, sem sexo.

4 Disponível em: https://www.letras.mus.br/elza-soares/mulher-do-fim-do-mundo/

Saúde e feminino: inconformar o pensamento

Num belo trabalho intitulado "O corpo do informe", Pelbart (2011) traz uma importante conversa com outros autores e com a literatura a partir de duas imagens: a primeira do jejuador de Kafka, em *O artista da fome*. Aquele "um feixe de ossos" que não pôde encontrar nos alimentos da "gorda saúde" nada que lhe agradasse. Depauperado pela sustentação de sua atividade sem prestígio, o jejuador morre e é substituído rapidamente por uma onça de corpo blindado, como ressalta Pelbart (2011). A segunda imagem: "O escrevente", de Melville. Barthebly, "o trabalhador incansável, de corpo raquítico, que preferiria não". Estes, "homens extraviados", como sugere Pelbart (2011), colocam em cena um *corpo informe*.

Evitando qualquer análise humanista sobre os dois personagens, o que Pelbart (2011) faz é nos apresentar uma força: a que alguns corpos, gestos, pareceriam indicar em seus paradoxos. Tais "posturas esquisitas" poderiam desvelar, como sugere Agamben, algo sobre a possibilidade ética humana. Corpos que produzem uma recusa inabalável, e que, portanto, indicam o signo de uma resistência. Diante da tamanha estranheza, coloca-se uma questão pungente: "por que é tão difícil acolhermos posturas que aos nossos olhos podem parecer sem sentido? Sem intenção? Sem finalidade?" (PELBART, 2011).

E tomando as ideias de Lapoujade, Pelbart (2011) aponta-nos: trata-se de pensar sobre um corpo que não aguenta mais. Estamos interrogados sobre o que o corpo não aguenta mais. De certa impostura histórica que esculpiu essa forma: "homem", atual. Um homem que foi, como sugere Nietzsche, silenciado, adestrado, ou como indica Foucault, docilizado, produzido por certas tecnologias de subjetivação. Além disso, pesam sobre nós toda sorte de martírio e narcose. Não cessam os dogmas religiosos, as injunções capitalísticas, da medicina, das biotecnologias ou da cultura de celebridade e seus parcos preceitos estéticos, como lembra-nos Pelbart (2011).

Diante disto, o autor sugere-nos insistir num corpo morto. Imóvel. Pálido. A construção de um corpo sem órgãos, de domínio intensivo, atravessado por uma atmosfera afetiva, com seus fluxos de vida. Um corpo que retome sua dor no encontro com outros corpos, com a exterioridade. Que se deixe afetar pelas forças do mundo. Que não se trague ou deixe-se tragar pela culpa, pela

insensibilização, pelos tribunais de toda ordem com seus juízos petrificantes. Um corpo que fuja[5] à patologização disseminada. Um corpo que seja capaz de acolher seu pathos, como movimento, com suas composições, diante de seus encontros. Um corpo que vibre e experimente as forças sutis que o trespassam (PELBART, 2011).

O autor, então, apresenta sua asserção: um corpo guarda a força de estar à altura de sua própria fraqueza. E assim, ao invés de permanecer na fraqueza, pode-se cultivar a força. Extrair da impotência, uma potência superior, *liberada de uma forma prévia*. Isto, segundo Pelbart (2011), pode constituir uma maneira de recusar um corpo fascista. Neste sentido, não poderíamos pensar a subversão que o autor nos convida a fazer, relativas também à experimentação que podemos entreabrir nas questões quanto ao feminino e à saúde?

E se exercitarmos um inconformar o pensamento? Quais verbos para os substantivos "feminino" e "saúde"? Sair dos imperativos que as formas, por vezes, impõem. Dessubstanciar. Ao invés de "o feminino" perseguir o verbo, o movimento e seu infinitivo... Encontrar meios e não as finalidades. Produzir forças de vida. Acontecer.

Desta forma, o trabalho de Stengers (2000), ao apresentar sua leitura de Medeia, personagem da tragédia de Eurípedes, em uma bela explanação cujo título é provocador: "Lembra-te de que sou Medeia", acaba por deslocar, abalar, descontruir certos modos de ler a tragédia quanto ao problema do feminino, ao apontar que a força e a radicalidade de Medeia são as mesmas força e radicalidade a que o pensamento nos convoca quanto à produção de rachaduras nas hastes do instituído.

Ao sustentar a carga de explosão que a tragédia carrega, Stengers (2000) endossa a impertinência da personagem Medeia e sua subversão dos códigos e imagens dispostas na ordem do pensamento ocidental. Escobar, comentando o texto de Stengers, sublinha:

> Medeia é um grito, uma imagem desenraizada e aérea que atropela, surpreende e paralisa o projeto Grego-Ocidental. [...] Ela chega sorrateira até o interior do palácio – e pouco importa como – e, lá de dentro, implode os lugares, os papéis e, sobretudo, as certezas dos homens. A perplexidade de Penteu frente

5 Pelbart utiliza-se da ideia de fuga em Deleuze.

> a Dioniso – é homem? É mulher? Etc – é a perplexidade de todos nós frente a Medeia, o choro, o pânico e o horror de Jasão. [...] os corpos que até então se sabiam constrangidos na obrigatoriedade dos papéis da divisão sexual, da divisão do trabalho e na paciência vazia dos rituais, querem agora se aglutinar numa responsabilidade difícil, trágica, e peregrinarem com o custo do espanto. Eles se começam, então, como música, como militante estrangeiridade, como difíceis proximidades da arte – da vida como obra de arte – e, então, Medeia se coroa em soberbia e em mesura/desmesura dos vasos gregos (ESCOBAR, 2000, p. 12-16).

A trama de Medeia torna-se lugar para a produção de diferença. Torna-se possibilidade discursiva radical de sustentação de outros corpos e falas singulares. Outras experimentações de potenciais divinos. Cabe ressaltar que, como indica Escobar (2000, p. 20), lembrando Nietzsche: "[...] Medeia, Clitemnestra, Cassandra, Antígona etc. não são nem homem nem mulheres, e o crime por elas, e nelas, não é uma agressão à vida, mas a tentativa de reinventá-la num outro registro".

Stengers (2000) declara que ser Medeia não é algo da ordem de um destino. Pois o destino é justo aquilo que carregamos e, por vezes, cumprimos bem, apesar do fardo. Medeia é um acontecimento. É o lugar do enigma, lugar que invadido pelo terror de algumas experiências violentas, pode por um golpe, recriar mundos. "Ser cruel". "Ser Medeia" (STENGERS, 2000, p. 35). A autora nos adverte que tal proposição não é um estado psicológico. Mas, antes, um momento mítico, "suscetível de fazer emergir um coletivo completamente diferente, de engendrar aquilo que a ordem social parecia excluir, por natureza" (STENGERS, 2000, p. 36).

Lembra-nos a autora que a própria Psicanálise recuou dos impasses que situa Medeia. O continente negro (o feminino) ao qual Freud se referiu não fez mais que ceder e transformar-se numa rasteira interpretação vienense. Encarar o espanto que tal figura provoca suscita lidar com o excessivo, que implode qualquer crivo ou modelo.

A esta altura, as interrogações que o espanto nos causado por Medeia faz-nos alçar apresenta o ser Medeia como aquilo que rompe com os laços que nos aprisionam e condenam. Aquilo que, podendo nos aterrorizar, também pode recolocar a questão sobre o que estamos a fazer de nós mesmos. Aquilo

que pode nos atingir como um raio luminoso, não porque seja exemplar, mas porque persiste outros mundos possíveis de serem habitados e produzidos: "como se ela suscitasse um eco, criasse em nós uma reflexão que repete seu enigma. O enigma se refere menos ao ato do que ao devir ao qual esse ato dá lugar" (STENGERS, 2000, p. 48).

Medeia transforma o desejo e trasmuta a crueldade, como afirma Stengers (2000). Desta forma, não poderíamos pensar que inconformar o feminino, a saúde e o próprio pensamento, passaria por usar, como sugere Pelbart (2011), os sofrimentos, ferimentos, afetações e fragilidades constitutivas como forças para perseguir o acontecimento?

Isto abriria um rigor para consigo mesmo, lembrou Kafka. E poderia contrapor-se ao silenciamento do corpo, criando outra economia para a dor. Enfim, reinserindo a própria dor, a finitude, a inconclusão, a saúde e o feminino, na imanência, na vida.

Mexeu com uma mexeu com todas!!!

A aula era de Psicologia. O professor, um jovem profissional que atua no curso há aproximadamente cinco anos. A turma constituída na sua grande maioria por mulheres. "Mulher tem que ter filho logo, porque depois vai embarangar", diz o professor. "Professor, isso é machismo!!!", reage uma aluna. Frente à autoridade docente, a aluna se cala. Mas apenas naquele momento. Desdobra-se desse e de outros acontecimentos de preconceito e racismo a constituição de um grupo de mulheres, estudantes de Psicologia, que passa a indagar práticas machistas e racistas no curso.

O Coletivo de Mulheres da PSI - Filhas de Gaia ganha força. Mensagens nas redes sociais, cartazes nas paredes do prédio onde o curso acontece e muitas outras manifestações emergem em meio a essas circunstâncias. Posts de indignação se multiplicam na internet frente à postura de um professor com a função de formar profissionais que têm o cuidado com o outro como matéria-prima. Outras práticas machistas começam a ter visibilidade no curso, como por exemplo, o número reduzido de mulheres que povoam o Centro Acadêmico. Um CA no curso de Psicologia apenas constituído por alunos-homens? "Tem alguma coisa de errado", consideram as alunas.

O coletivo de mulheres Filhas de Gaia viabilizou a aproximação entre as alunas do curso, que passam a trocar ideias, partilhar angústias e medos. "Tem muitas práticas machistas no CA, não podemos ignorar esse estado de coisas", afirmam. "Criamos o coletivo para poder falar entre a gente sem o medo de represália. Realizamos reuniões sobre vários assuntos, incluindo piadinhas de mau gosto dos professores e discursos conservadores e preconceituosos com relação às mulheres, e que nos incomodam. Professor não pode fazer comentário machista e isso ficar numa boa!" "O coletivo nos deu mais força para fazer os enfrentamentos em sala de aula. Agora conseguimos dizer: olha só professor isso que você falou não é legal". "Meninas mais seguras para estarem no CA, que era um ambiente inóspito para a mulherada: assédio, descrédito. Não colocavam fé no que falamos, tudo porque somos mulheres, isso de forma camuflada. Ao nos juntarmos ficamos mais fortes para encarar esses machismos disfarçados, sentimento de solidariedade cada vez mais forte. No coletivo incluímos debates também sobre a situação dos negros e mulheres no curso. Quando é mulher negra é pior, muita opressão, é racismo e machismo ao mesmo tempo. No coletivo escutamos cada uma com seus sofrimentos produzidos por práticas racistas-machistas". "O coletivo de mulheres busca produzir outros modos de subjetivação, pois esse racismo-machismo está em nós", relatam participantes do grupo.

Mulheres e negras. Corpos infames, vozes banidas de outras vozes. Infames que têm existência relâmpago, marcada por obscuridade e desventuras, mas que podem produzir efeitos de liberdade (FOUCAULT, 2006). Corpos enfraquecidos nos combates diários, silenciados como força de intervenção. Corpos assassinados pelo racismo, pelo machismo, pela homofobia, aniquilados pelas guerras de segregação. Mas corpos que não se calam!

> Nem a relação de dominação é mais uma "relação", nem o lugar onde ela se exerce é um lugar. E é por isso precisamente que em cada momento da história a dominação se fixa em um ritual; ela impõe obrigações e direitos. Ela constitui cuidadosos procedimentos. Ela estabelece marcas, grava lembranças nas coisas e até nos corpos; ela se torna responsável pelas dívidas. Universo de regras que não é destituição a adoçar, mas ao contrário, a satisfazer a violência (FOUCAULT, 1979, p 24-25).

Como enfrentar as tiranias que imperam nos cenários acadêmicos sem alimentar uma guerra de gêneros?

"Meu psicólogo disse que racismo não existe"

Recentemente foi publicada uma matéria na internet,[6] na qual uma mulher negra, professora universitária, procurou uma psicóloga porque sofria com depressão há muitos anos. Sentia que precisava de ajuda. Seu trabalho estava sendo severamente prejudicado. Na primeira sessão de psicoterapia, sentiu a necessidade de falar sobre as diversas situações em que sofreu racismo, contando de sua infância trabalhando como empregada doméstica e babá sob o pretexto de que estava "brincando com a filha da patroa", até casos mais recentes, em que fora seguida dentro de lojas onde fazia compras. A psicóloga intervém dizendo que a professora precisaria mudar o comportamento de "se vitimizar e transformar acontecimentos normais em racismo".

Buscou outra psicóloga, com a qual fez cinco sessões de psicoterapia e, então, resolveu falar do racismo que lhe causava tanto sofrimento.

> A psicóloga ficou visivelmente impaciente e desconfortável e me perguntou se eu achava mesmo que racismo ainda existia nos tempos de hoje. Saí de lá arrasada, estava pagando muito caro por cada consulta e nunca imaginei que uma profissional de saúde fosse questionar a veracidade do meu sofrimento, do racismo, daquela forma. Nunca mais voltei a procurar terapia, hoje ainda luto contra a depressão e apenas faço uso de medicamentos. [...] Aos poucos, fui falando das minhas feridas provocadas pelo racismo e pelo machismo e entendi que elas eram parte de um problema social muito maior. A militância foi a minha terapia, a Psicologia não fez nada por mim.[7]

Essa é uma prática que compõe um quadro cada vez mais preocupante no Brasil. Em grande parte das vezes, as questões do machismo e do racismo têm sido direcionadas para profissionais de saúde, em especial do campo psi. Preconceitos e verdades *a priori* produzidas nos meios de comunicação, mas também nas salas de aula dos cursos de formação, invadem os consultórios. Entre tímidas recomendações, uma chuva de depoimentos frustrados aparece.

6 Disponível em: <FacebookTwitterLinkedInTumblrEmailWhatsApp>. Acesso em: 22 fev 2016.

7 Declaração da professora. Disponível em: <FacebookTwitterLinkedInTumblrEmailWhatsApp>. Acesso em: 22 fev 2016.

Ainda segundo a matéria publicada, alguns estudos apontam sérias consequências do racismo e do machismo para a saúde mental. O sofrimento psicológico pode começar na falta de acesso a informação, mas, principalmente, na falta de debates qualificados que possam indagar tais práticas. O efeito dessa naturalização tem sido processos de subjetivação que constituem sujeitos que se percebem como inferiores e merecedoras de piedade, sofrendo humilhações constantes, sem expressão na mídia, vivendo sob os piores índices e indicativos sociais e, ainda, ouvindo o tempo inteiro que o racismo deixou de existir. Nessas condições o sofrimento psíquico é um destino certo.

No caso dessa professora, a saída foi participar de um grupo de mulheres que se reúne para falar das feridas provocadas pelo racismo e pelo machismo, tomadas não como problemas individuais, mas, como produção social, objetivações históricas, como raridade, uma vez que fatos humanos são arbitrários, pois não são óbvios, apesar de parecerem naturais e inquestionáveis. São bibelôs raros e de época (VEYNE, 1982). A militância passa a ser um caminho "terapêutico" mais eficaz, afirma a professora.

O intimismo e o psicologismo se hegemonizam nessas situações. A formação dos psicólogos, na grande maioria das instituições de ensino, ainda não reconhece a discriminação de gênero e racial como uma fonte de adoecimento psíquico. As grades curriculares das faculdades e Universidades têm feito um tímido movimento na direção de inserir disciplinas ou bibliografias que abordem o racismo e o machismo, vislumbrando enfrentamentos com relação ao quadro vivido hoje no Brasil.

A matéria indica, ainda, que temos políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde da População Negra, que poderia diminuir disparidades raciais na saúde, mas é pouco conhecida. Visando avançar no tema, o Conselho Federal de Psicologia criou a Resolução nº 018, em 2002, que estabelece normas de atuação para psicólogas e psicólogas em relação ao preconceito e à discriminação racial. Mas, sabemos que as práticas não são definidas e desenhadas por leis apenas. A prática de muitos profissionais da área é preconceituosa, produz discriminação, o que vai na contramão dos princípios da equidade e integralidade do SUS.

Os processos formativos são, certamente, ponto-chave para modificar esse quadro e se construir como espaço legítimo para que seja possível a produção de outros modos de subjetivação, que não tenham pavor da processualidade da vida. Não se trata de guerra entre gêneros, insistimos. Inquestionável a importância do enfrentamento do preconceito, indispensável para que não haja opressão de gênero em qualquer direção. Entretanto, esse processo não pode implicar confinamento numa identidade, mantendo tais personagens num lugar que reforce modos identitários de subjetivação. (ROLNIK, s/d).

> [...] toda luta se faz com forças de criação e conservação, é preciso entrar em devir sem se desfazer, é preciso prudência. Por isso um devir-mulher não pode simplesmente abandonar as lutas por direitos. Mesmo que vinculado ao Estado, as lutas por reconhecimento são importantes. O que elas não podem é se tornar a única bandeira de luta, porque assim correm o risco de se tornarem ressentidas. Devir mulher é se afastar do homem na questão da não efetuação, mas é importantíssimo aproximar-se em direitos, tomando sempre o cuidado de não cair em uma armadilha: afastar-se quando necessário para retomar a capacidade de diferir de si mesmo. [...] Para isso é necessário fazer subir a força de uma feminilidade criativa. O feminismo se torna ressentido quando passa a usar as mesmas armas de seus opressores e perde-se em seu campo de batalha, não queremos estar ao lado daqueles que nos oprimiram, mas buscar lugares novos, onde eles ainda não chegaram, encontrar um mundo de intensidades puras. (TRINDADE, R. Devir-mulher IN: http://razaoinadequada.com/2016/03/08/devir-mulher)

Freud disse não haver entendido as mulheres, certamente porque a forma mulher porta forças de criação que não podem ser dominadas nem podem ser compreendidas. Temos um feminino codificado, mas, também, forças femininas como pura desestabilização das identidades! Deleuze afirma que o devir só pode ser feminino, como linhas que fogem, que escapam pelas fissuras de um *socius*, pensado para certo modo de ser homem. O devir-mulher escorrega das teias das engrenagens de dominação. A mulher, ao rachar modelos, cria novas-outras formas subjetivas que resistem a uma infinidade de estratégias de captura, desfaz codificações e sobrecodificações. Podemos, então, "dizer sim à conscientização do câncer de mama, à delegacia da mulher, mas não se pode parar em direitos concedidos pelo poder. Onde está o direito de criar valores?" (TRINDADE, 2016).

Por uma educação cruel: perseguindo antropofagia subjetiva

Implodir tais modos de ser profissional da saúde. Criar um corpo sem órgãos, de domínio intensivo, com fluxos de vida que se deixe afetar pelas forças do mundo e que não se deixe tragar pela insensibilização, pelos tribunais de toda ordem com seus juízos petrificantes. Criar um corpo-profissional da saúde que vibre e experimente as forças sutis que o trespassam (PELBART, 2011). Disparar processos formativos que não permaneçam na fraqueza, mas que cultive força. Recusar práticas educacionais fascistas, perseguindo abertura para a antropofagia de modos de subjetivação. Engendrar de mestiçagens. Esses são verbos que constituem o projeto de uma pedagogia cruel. Crueldade com todo tipo de resistência contra a finitude, afirmando improvisação de realidades. Ensaios de modos outros de existência. Educação cruel que seja intolerante a toda tentativa de perpetuação de gêneros. Cruel contra qualquer desmobilização do terror que a antropofagia nos causa. Cruel contra o pavor que a desestabilização nos provoca. Cruel uma vez que declara guerra contra os adictos de gênero e luta a favor da processualidade da vida (ROLNIK, s/d mimeo).

Tal projeto se efetiva por meio de uma formação como função-crítica, que recusa microfacismos fundamentados na inviabilização da vida como obra, assassinando as possibilidades de composição e construção com os outros nas suas diferenças e diferenciações. Fuganti (1991) nos instiga a perder a ilusão com uma educação, ou se desejamos, com uma prática formativa, instituída como peça chave na máquina de morte montada pelo conjunto de saberes do Ocidente. Convoca-nos a perseguir práticas que buscam tornar os espíritos livres, não centrados na obediência, mas no pensamento, conjurando práticas que passam palavras de ordem que trazem consigo sentença de morte.

O filósofo nos convida a pensar-exercitar uma formação que produza sede de aventuras e invenções. Sem qualquer apego a modos identitários de ser. Uma formação feita via pensamento

> [...] não prescreve regras absolutas nem proibições definitivas. Ela orienta e desperta a vida, estimula multiplicidades, não para esmagá-las, mas para exercitar o corpo e o pensamento, vivenciando seus limites, ultrapassando-os. Tal educação visa que a vida seja forte, que viabilize a aprendizagem da convivência com os perigos, desejando o desconhecido, lapidando as potências do viver para expandi-las (FUGANTI, 1991, p 67-69).

Uma formação como pensamento afirmativo da vida é, sobretudo, cruel, o que é muito diferente de uma pedagogia vingativa, nos indica o autor. Cruel não porque quer arruinar qualquer coisa, mas, ao contrário, porque anseia força e produz ousadia e curiosidade, posição de atenção inventadeira, de forma a enfrentar acontecimentos, não temendo os acasos. Conclui o filósofo que possivelmente humanos formados nessa direção, humanos de tal calibre, estão próximos da loucura, uma grande loucura, uma grande saúde, nas palavras de Nietzsche (1998). Ligar desejo e pensamento não com piedade, mas com a crueldade capaz de considerar que a realidade não é algo acabado cujo peso devemos carregar, mas que o mundo possa ser inventado, e a realidade se constitua como "produção desejante e não acomodação resignante" (FUGANTI, 1991, p. 69). Recusar a inércia. Desejar a antropofagia subjetiva.

Aqui buscamos tecer alguns fios conectivos sobre equidade, luta por direitos na integralidade em saúde que são questões complexas e exige-nos prudência. Não tivemos a pretensão de ser exaustivas.

> Admirava a liberdade que tinham para a expressão da sensibilidade, achava que era como uma permissão para ter a alma à solta, autorizada a manifestar-se pela beleza ou pelo espanto de cada coisa. Estava autorizada à sensibilidade que fazia da vida uma travessia mais intensa. As mulheres, pensava ele, eram mais intensas"
>
> Valter Hugo Mãe, *O Filho de Mil Homens*

Referências

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENJAMIN, W. *Sobre arte, técnica, linguagem e política*. Lisboa: Relógio D'água Editores, 1992.

BOURDIEU, P. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.

EL PAÍS. A marcha das mulheres. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/11/03/politica/1446573312_949111.html>: Acesso em: 07 fev 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DUBY, G.; PERROT, M. *História das mulheres no Ocidente*. Porto: Edições Afrontamento, 1991.

ESCOBAR, C. H. Medeia: o pensamento dobrado. In: STENGERS, I. *Lembra-te de que sou Medeia*. Rio de Janeiro: Pasulin, 2000.

FERREIRA, S. V. Questão de gênero. *Revista Filosofia Capital,* v. 3, n. 6, 2008.

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUGANTI, L. A. Saúde Desejo e pensamento. *Saúde e Loucura,* v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991.

GAGNEBIN, M.J. *Walter Benjamin*: os cacos da história. São Paulo: Brasiliense, 1982.

HÉRITIER, F. *Masculin/féminin*: la pensée de la différence. Paris: Editions Odile Jacob, 1997.

MÃE, V.H. *O filho de mil homens.* São Paulo: Cosac Naify, 2012.

NERI, R. *A psicanálise e o feminino*: um horizonte da modernidade: novas configurações da diferença sexual. Rio Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

NIETZSCHE, F**.** *Além do Bem e do Mal.* Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PELBART, P.P. O corpo do informe, 2011. Disponível em: <http://www.substantivoplural.com.br/o-corpo-do-informe-por-peter-pal-pelbart/ >Acesso em: 08 fev 2016.

PRADO, A. *Bagagem.* São Paulo: Siciliano, 1993.

ROLNIK, S. Guerra dos gêneros e guerra aos gêneros. Disponível em: < http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/tristesgeneros.pdf > Acesso em: 07 fev 2016.

SCHOLLHAMMER, K. E. As práticas de uma literatura menor: reflexões sobre um tema de Deleuze e Guattari. *Ipotesi: Revista de estudos literários*. Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 59-70, s/d.

STENGERS, I. *Lembra-te de que sou Medeia*. Rio de Janeiro: Pasulin, 2000.

TRINDADE, R. Devir-mulher. Disponível em: <http://razaoinadequada.com/2016/03/08/devir-mulher> Acesso em: 08 mar 2016.

VEYNE, P.M. *Como se escreve a história*: Foucault revoluciona a história. Brasília: EdUnB, 1982.

Formação e cuidado em saúde: produção de transversalidades*

Fabio Hebert da Silva
Gustavo Nunes de Oliveira

Formação e cuidado em saúde

A temática da formação nos parece estratégica como dispositivo de análise em um campo extremamente complexo como o cuidado em saúde. Temática que nos convoca a pensar esse cuidado a partir da indissociabilidade entre saberes (discussão sobre as disciplinas ou relação entre disciplinas, e as práticas sociais nelas articuladas) e perspectivas éticas – projetos político-pedagógicos, experiências e formação.

Ética como certa "preocupação" com os efeitos ou "avaliação" dos efeitos de nossas ações/pensamentos em nossas vidas e na vida dos outros. Em termos de uma preocupação ética, talvez seja prudente certo compartilhamento de nossos projetos, ou de modo mais apropriado, o que tem sido âmbito de efeitos de nossas práticas. Se em termos extensivos, do projeto político e da luta pelo direito à saúde e integralidade, o objetivo e

* Trata-se de texto que atendeu ao convite para integrar a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

o compromisso se mantêm, no plano intensivo, no cotidiano são muitos e complexos os desafios.

Temática também que nos aponta para uma infindável atividade de problematizar. Trata-se, então, do trabalho de invenção em um campo problemático por um lado, e por outro, de uma ampliação em nossas habilidades coletivas de ver um real em constituição como um problema interessante. Logo, temos também uma questão de formação de uma atenção para aquilo que não é ordinário ou mediano nem hegemônico.

> Quanto ao "despertar", ao que parecia, tratava-se não da verdade e do conhecimento, mas da realidade, o fato de vivê-la e enfrentá-la. O "despertar" não ajudava a penetrar até próximo do cerne das coisas e da verdade. Nesta vivência, o que se compreendia, o que se realizava ou sofria, era apenas a atitude do próprio eu diante da situação momentânea das coisas... tão estranhamente inefável e irredutível a formulações; parece que não se conta entre os objetivos da linguagem a expressão dessas esferas da vida. (HESSE, 2003, p. 398).

Inventar um problema é assim uma ação ética, na medida em que aponta para um cuidado ou cultivo e, portanto, para uma avaliação dos efeitos. À medida que se tenta "voltar" no tempo, o que se encontram são efeitos de efeitos, e o mesmo se dá quando se tenta avançar no tempo. O que está por vir depende inexoravelmente do que acontece agora. "Um efeito é, primeiramente, o vestígio de um corpo sobre um outro, o estado de um corpo que tenha sofrido a ação de um outro corpo" (DELEUZE, 1997, p. 156)[1].

Inventar um problema é também uma forma de criar uma cultura[2] (por mais problemática que seja esta noção), uma sociabilidade superior no sentido nietzschiano, onde o grande referencial seja a vida. Daí a relação com a ética. Em certo sentido, criar um problema é desnaturalizar mundos, apreendê-lo de uma vez por todas como efeito de efeito. Não se trata em absoluto de descobrir as respostas escondidas por detrás das aparências, mas acessar, produzir uma coextensividade com as superfícies do mundo. E aí, cada resposta virá por consequência, não por um princípio miraculoso e abstrato (BERGSON, 2006). Ao invés de encontrar as leis universais, produzir um problema e

1 Referência do texto *Spinoza e as três éticas em crítica e clínica*.

2 Por mais problemática que seja esta noção, trabalhamos aqui no sentido de cultivo.

uma resposta locais. As perspectivas que priorizam ou focam na capacidade de resposta precisam considerar um mundo *a priori*, um crivo que seja o respaldo e o fundamento de uma verdade essencial. Nesse caso, conhecer é reconhecer elementos, propriedades, relações dadas previamente. Ao contrário, desnaturalizar ou desnaturar é acessar essa dimensão de criação do mundo – e conhecer é acessar esse real que se constitui em formas sempre provisórias, na codependência da relação de forças, sempre singulares.

Um processo de formação que inclua, como diretriz principal, a experimentação e a incorporação desse exercício ético de invenção de problemas dizem da indissociabilidade entre análise e intervenção. Aqui, o plano da análise se constitui como esse entendimento, que o real não está dado, mas possui uma dupla constituição – formas sempre provisórias ou metaestáveis como efeito da relação entre quantidades de força (NIETZSCHE, 2008).

> Trata-se de uma luta de dois elementos desiguais em poder: alcança-se um novo arranjo das forças, sempre segundo a medida de poder de cada um. O segundo estado é algo fundamentalmente diverso do primeiro (*não* seu "efeito"): o essencial é que os fatores que se encontram em luta saem com outras quantidades de poder. (NIETZSCHE, 2008, p. 323).

O real não se limita a uma suposta estabilidade ou dimensão formal. Qualquer intervenção nessa dimensão das formas, deve se dar necessariamente nesse plano das forças. Evidentemente, não nos serve aqui a velha fórmula – causa e efeito.

> A separação do "fazer" em relação ao "que faz", do acontecer em relação a algo que faz acontecer, do processo em relação a um algo que não é processo, mas é substancia durável, coisa, corpo, alma, etc. – a tentativa de conceber o acontecer como uma espécie de transposição e mudança de posição do "que é" [*"Seiendem"*], do que permanece: essa velha mitologia firmou a crença em "causa e efeito", depois de ela ter encontrado uma forma fixa na funções linguístico-gramaticais. – (NIETZSCHE, 2008, p. 323).

Mas quando tratamos do que chamamos "efeitos de efeitos", os efeitos (formas, qualidades, sentidos, corpos) são sempre expressão de relação entre quantidades de força. A intervenção na dimensão formal de nada vale na direção que seguimos neste texto. Um processo de formação que expressasse

efetivamente uma ampliação da potência de ação deveria nos aproximar desse real processual. *O Príncipe*, de Maquiavel, de 500 anos, trabalha exatamente com essa ideia – se o monarca desejar sustentar seu lugar, é preciso tentar manter as relações de força. Mudam-se as relações de força, mudam-se as formas.

> Digo, pois, que nos Estados herdados e sujeitos ao sangue de seus príncipes as dificuldades em mantê-los são bem menores que nos Estados novos, porque basta não preterir a ordem sucessória da estirpe e contemporizar com os imprevistos, de modo que, se tal príncipe for dotado de um engenho mediano, sempre se manterá no poder, a menos que uma força desmedida e excessiva o prive dele; e, uma vez privado de seu Estado, ao primeiro revés sofrido pelo usurpador, logo o reconquistará. (MAQUIAVEL, 2010, p. 33).

Desse modo, um processo de formação que se orienta efetivamente por um projeto ético-político contempla tanto essa função/exercício de análise, como construção de diretrizes e fundamentos éticos (avaliação pelos efeitos e pressuposto que o real não está dado), quanto de intervenção, como "facilitação" da criação de um problema comum. Trata-se da invenção de outros modos de estar junto, a partir de patrimônios coletivos (valores, saberes, sentidos, etc.). Em outras palavras, trata-se da criação de vida não heterodeterminada, da produção de autonomia.[3] E aqui abre-se outro problema que demanda outras saídas: como disparar mudanças em um nível molecular articulada às grandes pautas políticas, sem que isso implique a necessidade da "tomada de poder" e ao mesmo tempo um isolamento em pequenos guetos (GUATTARI, 2013).

Formação e trabalho

De que formação tratamos? Um primeiro grau de confusão comumente trata das noções de formação e capacitação como "aquisição". Pois se há uma dimensão de "aquisição" em um processo formativo, esta trata mais de uma ampliação de um repertório de ação do que propriamente de passar a possuir "alguma coisa" que estava ausente, uma ampliação de potências: de existir, de afirmar suas responsabilidades com os outros, de modificar sua existência,

3 No caso do trabalho em saúde, pode-se colocar seguinte questão: os efeitos desse trabalho tem sido a ampliação da dependência e tutela ou da autonomia dos usuários ou coletivos? Os usuários ou coletivos conseguem, como efeito desse trabalho, prescindir do "técnico" para inventar seus problemas e saídas?

de pensar, de compreender, de analisar, de intervir, etc. Quando essas duas noções se confundem, formação e capacitação, a busca pela aquisição de uma habilidade ideal para realizar uma tarefa específica se torna "o" objetivo. Consequentemente, os problemas e questões que atravessam as práticas do cuidado em saúde acabam resumidos a certa dimensão de aplicabilidade de soluções universais, ou a uma dimensão técnico-formal.

Por tratarmos esses problemas de forma fragmentada, esvaziados de história, a tendência é que o fazer em saúde se limite à questão de adequação dessa solução universal a um sujeito abstrato. Desse modo, a dificuldade sempre estará do lado do aluno que não aprende, do professor que não ensina, do usuário que não adere, do serviço "mal gerenciado" e jamais do lado da solução universal. A análise (se é que podemos chamar de análise) e o modo de lidar com as demandas e questões territoriais se dão exatamente no limite da colocação dos problemas, ou seja, de modo individualizado, fragmentado, autoritário e infantilizador.

Por mais que, em tese, tenhamos ultrapassado algumas limitações de abordagens de dois ou três séculos atrás, deparamo-nos muito comumente com práticas formativas restritivas à "descoberta" das melhores técnicas (e a dimensão metodológica resumida ao conjunto de técnicas) para inserir os conhecimentos desejáveis num certo papel em branco ou como atribuição de alguma qualidade imutável. Não é difícil ouvir que para fazer certos tipos de trabalho é preciso possuir um "dom" ou fazer um sacrifício individual e sempre ineficaz. Se de fato as coisas se desenrolassem assim, as saídas que tanto esperamos para a Educação e para a Saúde não estariam restritas também ao âmbito de encontrar esses tais seres "abençoados" capazes de ensinar e cuidar?

Há, nesse sentido, pouca consideração pela rede viva na qual concebemos um problema como problema, ou seja, a relação estrita entre a vida que atualizamos em nosso cotidiano e aquilo que transformamos em questões.

Mesmo quando se delimita o campo das competências e das habilidades a serem adquiridas, no contexto de determinado curso, referidos a objetivos atitudinais, procedimentais e conceituais (ZABALA, 1998), estes se restringem, com frequência, a uma função de tentar objetivar uma avaliação de desempenho do aluno em relação a um padrão preestabelecido, deixando de lado seu

potencial problematizador dos objetivos, dos processos e das apostas colocadas em jogo na própria constituição do curso em questão. Além de dar margem a certa desresponsabilização do docente com as dimensões subjetivas da avaliação dos processos de formação, permanentemente presentes, mesmo que se tente negar sua existência.

Quando nos referimos às "dimensões subjetivas", estas o são, pois se referem aos sujeitos que as compõem e as operam e não a uma ideia corriqueira de oposição subjetivo-objetivo, que acaba por posicionar a subjetividade no âmbito da falta de critérios, da imprecisão. Afirma-se, portanto, que as dimensões subjetivas da formação e da sua avaliação sempre estão presentes e demandam perpétuo exercício de problematização.

Nosso esforço ao pensar projeto ético-político-pedagógico tem sido, desse modo, recolocar essas questões nos termos de uma formação para a vida, e mais especificamente, tentar produzir uma torção no modo como temos experimentado as "capacitações", a aquisição de habilidades na realização de atividades específicas. Agora, de modo conectado a um real em produção. Passando de uma estratégia falaciosa de imposição e "inculcação" de metodologias abstratas para o aprendizado de repertórios operacionais referentes a um mundo que de fato desejamos construir. Embasados na ação ética e na possibilidade de ampliação de um fazer responsável que seja a construção de problematizações que nos permitam desenrolar e fortalecer o processo da convivência, que em última instância é nossa única condição de existência.

A noção que engloba melhor o que temos discutido até aqui é a de formação de um "sujeito ético", o qual, em sua ação, coproduz com os outros, a si mesmo e ao mundo que habita: formação como a cocriação "com os outros de um espaço humano de convivência social desejável" (MATURANA, 2008, p. 11).

Essa formação, como fundamento dos processos de trabalho na Educação e na Saúde, não acontece simplesmente a partir da imposição do nosso presente como diretrizes para o futuro dos humanos que pretendemos formar. Ao mesmo tempo, não poderia vislumbrar um futuro desconectado do presente. O problema torna-se então outro, mais amplo e mais complexo: ao invés de nos fazermos de "profetas" de um mundo futuro, determinando em última instância como se deverá articular elementos que não passam da visão de

possíveis ordenamentos para os aspectos econômicos de nossa vida em sociedade, assumimos a responsabilidade agora, por criar causas e condições para que se possa experimentar autonomia e liberdade, do agora ao futuro, em gradientes cada vez mais intensos.

A diferença é que esses humanos agirão e experimentarão essa amplitude a partir de si mesmos, e não a partir do medo de não ser aceito ou da culpa por não conseguir incorporar a qualidade da "moda". Não alienar esses seres da corresponsabilidade pelo mundo que habitam é produzir um mundo que faça sentido para eles, e onde a avaliação sobre os efeitos das próprias ações seja também a potência do humano em cuidar, ensinar, redirecionar ações e cooperar: em nosso entendimento, isso significa ser competente eticamente. Significa produzir saúde e cuidado, da perspectiva da integralidade.

No campo da formação em saúde e sua interlocução com o trabalho em saúde e com o mercado da saúde, a questão ética colocada até aqui toma dimensões muito amplas e complexas.

No trabalho em saúde, e principalmente em processos educacionais voltados para a capacitação profissional, observamos que pouco se tem atentado para essa qualidade ética do agir, nos quais o real está dado e nunca em construção. Nesses processos, o agir desconectado dos modos de produção do real termina por gerar um tipo de sujeito técnico que age "em nome de" e "a despeito de".

Formação e experiência do cuidado em saúde

Paradoxalmente, em nome de um conceito ampliado de saúde, como capacidade normativa (CANGUILHEM, 2009), o fazer do especialista termina por enquadrar "naturalmente" essa mesma capacidade normativa em um conjunto muito específico, restritivo e excludente de reflexões e automatismos. Os casos cotidianos não faltam: quando se acredita que o arranjo meramente protocolar de "saúde da família" serve para todos e qualquer um; quando se reduz a ideia de rede de atenção à rede de serviços. E ainda quando se trabalha em torno do tema da ampliação da democracia institucional dissociado do tema da autonomia (que tem relação com a capacidade normativa), das relações trabalhistas, do direito, etc. termina-se por ignorar ou ocultar as articulações sujeito-instituições, muitas vezes protegendo ou procurando reproduzir, mesmo

que de forma não deliberada, as relações poder-saber que regulam os estados-de-coisa, os "dados de realidade" tomados como paisagem de determinação e não como campos-de-forças. Como formadores, nesse movimento, sonegamos ao cuidado processos essenciais, que como efeito geram diminuição ou, quando muito, limitação da capacidade coletiva de análise e de intervenção sobre si e o mundo, naturalizando relações de poder, violências e privilégios.

Lapassade (1977), no livro *Grupo, organizações e instituições* – fala de um modo burocrático de trabalhar e de uma pedagogia burocrática, que terminam por reafirmar certo âmbito "naturalizado" de relação de poder, articulado a isso que denominamos do fazer desconectado. Implicitamente, através de modos burocráticos e meramente protocolares se diz ao trabalhador, ao aluno ou ao usuário, "vocês não são capazes de tomar decisão, são excessivamente fracos, mal informados, mal situados".

A complexidade da formação e do próprio trabalho na saúde aumenta quando pensamos a que visa essa atividade de trabalho. E aqui, inspirados na perspectiva da *autopoeise* de Maturana e Varela (1995;1997), o conhecimento se produz na ação. Conhecer é agir, estar em atividade. Temos então, novamente uma direção ética dos processos formativos – conhecimento como ação no mundo. Um "fazer" limitado, com alto grau de heterodeterminação, ou seja, pouca autonomia, implica necessariamente um conhecimento ou um saber também limitado.

Existem, nesse sentido, produções acadêmicas que, ao abordar os processos formativos, visam estabelecer âmbitos de interlocução com os conhecimentos singulares ou locais (porque dizem também de práticas locais, de modos singulares de produzir problemas e também soluções para as questões que se apresentam pela processualidade do viver). Mas também há produções acadêmicas que se constituem como forma de reconhecimento ou desautorização da experiência, das práticas tradicionais, classificando aquelas que se adequam (mais ou menos) a certa noção de ciência e aquelas que seus modos de fazer não podem nem ser considerados como conhecimento válido.

Infelizmente, essa segunda linha das produções acadêmicas se constitui como hegemônica, o que cria dois grandes problemas. O primeiro é que os saberes da experiência, e também as práticas tradicionais, ficam à dependência de serem

"validados cientificamente" para serem formalmente reconhecidos pelas políticas de Estado. As zonas de vazio de interesse econômico do mercado impedem o financiamento de estudos sobre essas práticas, o que gera uma dupla exclusão (das políticas e do reconhecimento social, sobretudo pelas camadas sociais formadoras de opinião, daquelas controladoras da máquina-de-estado e dos equipamentos sociais de saúde e de educação). O segundo problema se refere à produção social de uma hierarquia superior do saber acadêmico em relação aos saberes da experiência, às práticas culturais e tradicionais.

O usual, desse modo, quando confrontados, é o reconhecimento de que há uma relação hierárquica de superioridade quando tratamos desses saberes acadêmicos em relação aos saberes da experiência. Por isso, boa parte dos nossos investimentos nos processos de formação visa "equilibrar" essa relação. Convocar esse saber da experiência para compor os nossos processos formativos. Mas aí aparece outro problema, que na verdade não é nenhuma novidade: o que fazer num contexto onde o fenômeno burocrático é a referência mais forte nessas experiências de trabalho? Que experiências são essas que os processos de formação têm lidado?

De nada adianta, no caso da saúde, colocar o usuário ou trabalhador no lugar de gestão/administração, se ele se torna um burocrata. Como dito, anteriormente, se transforma naquele indigno que fala pelo outro, sabe o que é melhor para o outro (LAPASSADE, 1977). A questão central aqui é, portanto, a impossibilidade de transformação das relações de poder se não mudarmos o modo de se estabelecer relação. Ao contrário, reafirma-se o *status quo*.

Do mesmo modo, não se trata de denuncismo das mazelas e injustiças. Isso pode significar apenas o reconhecimento e a afirmação do objeto de nossas críticas. Se não inventarmos outros modos de estabelecer relação, de cuidar (inclusive de nós mesmos), de formar articulado com o fazer dos sujeitos, não com seu ser, nada adianta. Não há efetiva mudança paradigmática.

Formação-intervenção e Integralidade

A matéria-prima dos processos formativos, a partir da noção de integralidade, passa a ser, portanto, a criação de estratégias situadas que se articulem com princípios éticos, e não com "gostos" pessoais privados. Criar essas estratégias

é criar dispositivos – arranjos concretos. Trazer para o trabalho e para os projetos políticos pedagógicos, o pensamento. Escapar do trabalho burocrático, do conteudismo e do etapismo.

Em geral, quando estamos em formação, efetivamente soa como se não estivéssemos trabalhando. Em muitas organizações, os profissionais em processo de formação, em especial se esses processos não se caracterizam por cursos compostos por grades curriculares fechadas e formais, são compelidos a pagar as horas de trabalho despendidas.

O trabalho burocrático, meramente protocolar, além de ser invivível, é extremamente alienante. Expropriamo-nos dos processos não só de trabalho na saúde, mas de fato, dos processos de produção do real. Reproduzimos certa divisão técnica e social do trabalho. E faz toda diferença construir junto ou impor um processo heteronormativo. Faz toda diferença trabalharmos com uma noção de rede como articulação entre pontos prestabelecidos ou rede como produção de novas conexões.

Há uma legitimidade constitutiva na organização demandar dos sujeitos que a compõem, seus contextos normativos construídos por meio de sua fundação e sustentação institucional. Um exemplo é o caso das diretrizes para a saúde, compostas por um governo eleito, passando por processos de controle social (movimento centro-ponta, ou descendente) e discussões técnicas e políticas. Há também legitimidade em um coletivo no processo de construção de projetos articulados às demandas do território demandar, por sua vez, da organização constante ajuste e negociação das formas como essas diretrizes serão trabalhadas no cotidiano ou até modificadas com o tempo e a partir dos saberes da experiência (movimento ponta-centro, ou ascendente).

Todavia, o que acontece muitas vezes é que os interesses privados atravessam as políticas de governo, mesmo que eleitos, encontram seus servos na tecnoburocracia[4] organizacional, os quais passam a operar "em nome de", deixando de dar espaço às vozes dissonantes do contexto institucional e criando

4 O tecnoburocrata se entende como um elemento fundamental na sociedade moderna, portador único de soluções eficientes, responsáveis pelo Estado e pela população. Afirmam-se desvinculados da defesa de interesses específicos de classe ou de grupos, já que buscam, segundo eles próprios, apenas soluções ótimas do ponto de vista técnico (GUTIERREZ, 1992).

estratégias para demover os sujeitos de qualquer possibilidade de resistência ou recomposição ascendente. Isso torna a construção e a regulação dos processos de trabalho uma função heteronormativa, opressiva e violenta, retirando qualquer possibilidade de interpretar a criação e os saberes da experiência como algo que não seja da ordem da resistência ou da inadequação ao trabalho prescrito. Aquele trabalhador ou trabalhadora que "resiste" para ser taxado como alguém sem perfil ou sem comprometimento com o projeto institucional.

Conclusões provisórias

Considerando essas questões e as dinâmicas institucionais, não seria concebível ou defensável uma formação, nos processos de trabalho em saúde, que não toque nas relações sujeitos-instituições mediadas pelas organizações que habitam.

Nessa perspectiva de formação, a criação de estratégias situadas, articuladas a princípios éticos em saúde, problematiza necessariamente as relações sujeito-instituições; e quando o faz, torna-se um processo de intervenção nessas relações, pois quando reveladas, problematizadas ou mesmo tocadas em qualquer de suas múltiplas dimensões e determinações, criam possibilidades aos sujeitos de se situarem em relação a essas dinâmicas. Mais uma vez, não se trata de concepções ou de modelos universais de formação, mas das práticas formativas, que são, em última instância, o modo como vivemos a saúde, o trabalho e as instituições.

Referências

BERGSON, H. *O pensamento e o movente: ensaios e conferências*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DELEUZE, G. *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed. 43, 1997.

GUATTARI, F. *Deseo y Revolucion*: Felix Guattari – dialogo con Paolo Bertetto y Franco Bifo Berardi. Buenos Aires: Tinta Limón, 2013.

GUTIERREZ, G.L. Tecnoburocracia e classe social: algumas questões conceituais e mobilidade interna. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, v. 32, n. 1, jan-mar, p.60-66, 1992.

HESSE, H. *O jogo das contas de vidro*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

MAQUIAVEL, N. *O príncipe*. São Paulo: Penguin Classics, 2010.

MATURANA, H. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento*: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Editorial Psy, 1995.

MATURANA, H; VARELA, F. *De máquinas e seres vivos*. Autopoiese: a organização do vivo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NIETZSCHE, F. *A vontade de poder*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

ZABALA, A. *A prática educativa*. Como ensinar. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

Cenários diversificados de aprendizagem na formação em Saúde Coletiva: reflexões a partir dos saberes e práticas da integralidade*

César Augusto Paro
Roseni Pinheiro

Breve resgate histórico-conceitual do campo da Saúde Coletiva

O campo da Saúde Coletiva é marcado por tensões epistemológicas, não havendo consensos sobre sua definição. Entendido como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos, caracteriza-se por ser multiparadigmático, interdisciplinar e formado pela presença de tipos distintos de disciplinas em um largo espectro. As Ciências Sociais e Humanas, a Epidemiologia e a Política e Planejamento são considerados os três grandes espaços/formações disciplinares que configuram tal campo (NUNES, 2014).

Apesar de uma constituição recente de menos de quatro décadas, Nunes (1994) demonstra que as bases para a emergência de um projeto denominado de Saúde Coletiva se inscrevem em momentos históricos anteriores, como no projeto preventivista e na medicina

* Este ensaio deriva da dissertação de mestrado intitulada *Formação em Saúde Coletiva e integralidade: saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Trata-se de um texto que atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

social. Esta nova proposta emerge como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica, dimensionando o coletivo na construção de seu objeto. Repensa a saúde em uma dimensão ampliada, não como mera ausência de doença, mas de um complexo processo que envolve questões epidemiológicas, sociais, culturais, econômicas, ambientais e demográficas.

Dentre os pressupostos básicos que compõem o marco conceitual do campo da Saúde Coletiva, Paim e Almeida Filho (2000) identificam noções como: i) a saúde articulada à estrutura da sociedade por meio de suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade; ii) as ações de saúde constituem uma prática social, trazendo consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais; iii) o objeto da saúde coletiva é construído nos limites entre o biológico e o social, compreendendo a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, assim como o estudo da historicidade dos saberes e das práticas sobre os mesmos; e iv) o conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

A complexidade do campo da Saúde Coletiva evidencia-se no seu hibridismo epistemológico, coexistindo duas lógicas de "regime de produção de verdades": uma lógica teórico-epistemológica de produção de conhecimento – seja interpretativa ou explicativa (dependendo da área disciplinar onde se origina) – e uma lógica operativa e pragmática de eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida visando à erradicação ou controle do adoecimento coletivo (LUZ, 2009).

Luz (2006, p. 29) remete a Saúde Coletiva a uma "encruzilhada" de saberes e práticas de lógicas distintas, identificando algumas de suas características:

> O campo da Saúde Coletiva é, no que concerne a sua constituição de saberes, multidisciplinar, sua prática de pesquisa é com frequência interdisciplinar, a partir de uma construção teórico-metodológica de objetos típica do campo, que é, por sua vez, muitas vezes transdisciplinar, face à natureza não-convencional das questões que coloca aos seus objetos, construídos já de modo pouco convencional em termos dos cânones vigentes em cada uma das suas disciplinas constitutivas.

O caráter histórico e social da Saúde Coletiva obriga reconhecer, teórica e empiricamente, que esta congrega um conjunto de práticas que tomam como

objeto as necessidades sociais de saúde. Isto faz com que sua preocupação seja com a "saúde do público, dos indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações" (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

A relação da Saúde Coletiva com o campo da saúde é tanto de um movimento intelectual e moral, influenciando os saberes e práticas de outras categorias e atores sociais, como também de um núcleo, que apresenta uma concentração nuclear de saberes e práticas. Deste segundo plano de inserção, deriva-se a figura do sanitarista, profissional com formação específica no núcleo da saúde coletiva (CAMPOS, 2000).

Formação de sanitaristas: a proposta de criação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC)

Discute-se sobre a ideia de se graduar profissionais em Saúde Coletiva há mais de duas décadas no Brasil.[1] Até então, a formação em Saúde Coletiva dava-se por meio do seu ensino em diferentes cursos de graduação da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, dentre outros), assim como em programas de pós-graduação *stricto* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especialização e residência) (BOSI; PAIM, 2009).

A proposta de formação em Saúde Coletiva no nível de graduação justificou-se na necessidade de antecipar a formação do sanitarista, buscando formar quadro de profissionais que contribuíssem na consolidação da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde - SUS (TEIXEIRA, 2003, p. 236, grifo do autor):

> O SUS precisa de um graduado em saúde coletiva, com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis. Portanto, longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, esse novo ator vem se associar de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva.

Por sanitarista, entende-se um profissional que tem como perfil geral o conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes voltados para os aspectos que, de forma coletiva, facilitam ou obstaculizam sua ocorrência ou

1 No contexto internacional, há uma diversidade de experiências de cursos relacionados à saúde coletiva e áreas afins abrangendo países distintos, notadamente países desenvolvidos (LEE, 2008).

seu progresso, reservando o atendimento personalizado aos doentes para os tradicionalmente graduados para atendê-los. Neste sentido, a sua formação prescinde dos conhecimentos clínicos e terapêuticos específicos – que são requeridos dos profissionais voltados para o atendimento de cada indivíduo isoladamente (PAIM, 2006).

Castellanos et al. (2013a) destacam três motivações que justificam a implantação dos CGSC coletiva no país: i) o aumento da demanda por profissionais com formação específica em Saúde Coletiva para atuar no SUS, sistema que encontra-se em expansão; ii) o acúmulo de experiências de ensino em pós-graduação e em outros cursos de graduação no país; e iii) a propulsão de uma nova força mobilizadora do processo de reforma sanitária brasileira, a partir de um novo ator social no campo da Saúde Coletiva, comprometido com os princípios e valores éticos e políticos que inspiram tal reforma.

Dentre os contextos político-institucionais que estão relacionados à abertura destes cursos, aparecem referências como as "Funções Essenciais de Saúde Pública" da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que exigem a construção de competências dos profissionais de saúde para dar resposta às necessidades dos serviços, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)[2] do Ministério de Educação que pressiona para a abertura de novas graduações nas universidades públicas e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[3] que preconizam uma formação mais abrangente do profissional de saúde (KOIFMAN; GOMES, 2008).

Bosi e Paim (2010, p. 2037) acreditam que "a Saúde Coletiva encontra-se, na atualidade, em condições de maturidade teórica, metodológica, tecnológica e operativa suficientes para definir competências e articular valores que permitam a configuração de novas modalidades de profissionalização em saúde", tal qual

2 O Reuni foi instituído em 2007 e tinha como diretrizes principais a proposição do aumento de vagas de ingressos e a determinação da diversificação das modalidades de graduação (BRASIL, 2007).

3 As DCN constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser adotadas pelas instituições de ensino superior. Foram criadas no início dos anos 2000, a partir de discussões que já vinham se travando na década de 1990. Tinham como objeto "permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira" (BRASIL, 2001, p. 4).

a graduação em Saúde Coletiva. Do ponto de vista da sociologia das profissões, a Saúde Coletiva possui os dois atributos necessários para a definição de uma profissão: a configuração de um campo de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços[4] (PAIM, 2006).

A formação destes profissionais estaria orientada por uma concepção interdisciplinar, que, sem negligenciar elementos provindos do modelo biomédico, o articularia com conhecimentos oriundos do domínio das Ciências Sociais e Humanas, deslocando-se de um foco eminentemente individual para uma esfera coletiva (TEIXEIRA, 2003). Portanto, a formação requerida implica outro posicionamento não apenas no plano epistemológico, mas também no plano ético-político (BOSI; PAIM, 2010).

Entendendo que a formação deve ir além do sanitarismo[5], Paim e Pinto (2013) defendem que a constituição do sujeito da Saúde Coletiva supõe a articulação da prática teórica e da prática política, com o desenvolvimento da atitude crítica e de uma aptidão crítica que busque superar a consciência mágica ou ingênua para alcançar a consciência crítica que ajude a empreender um pensamento e um agir estratégico no âmbito da saúde. Neste sentido, Mota e Santos (2013) apontam como um dos maiores desafios de sua constituição a formação de sujeitos entre a ciência e a política, entre a análise crítica e a proposição, entre a militância e a profissionalização do campo.

Elias (2003, p. 168) critica que a implantação de CGSC não deve se restringir a uma iniciativa do aparelho formador, devendo-se instaurar diálogos com os gestores de saúde para "verificar a possibilidade de alterar as lógicas e práticas de saúde vigentes para o delineamento de um perfil de profissional condizente com a efetivação da assistência em saúde contemporânea aos

4 Dentre as possibilidades de atuação do sanitarista, destaca-se a análise e atuação "em políticas e sistemas de saúde, em avaliação e monitoramento da situação de saúde, em vigilância da saúde, no controle de danos e riscos à saúde das populações, na planificação e gestão de sistemas e serviços de saúde, com destaque ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde de que necessite, na educação e promoção da saúde, e no desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, com responsabilidade social, compromisso com a dignidade humana e fortalecimento da capacidade institucional do SUS, levando em consideração a determinação social dos processos saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida" (ABRASCO, 2015, p. 2).

5 Por sanitarismo, entende-se um movimento surgido ao final do século XIX e início do século XX nos EUA e Inglaterra que defendia a intervenção do Estado por meio da aplicação de medidas de saúde pública para o controle de doenças, mediante instrumentalização do conhecimento produzido pela epidemiologia e, posteriormente, pela "revolução" microbiana (PAIM, 2006).

desafios políticos e sociais deste tempo". Neste sentido, Silva, Ventura e Ferreira (2003) apostam que, para além da própria figura da instituição de ensino responsável por essa formação, na figura dos docentes, devem ser envolvidos "outros autores e instâncias, incluindo-se, sobretudo, os próprios discentes e profissionais de saúde" (p. 100).

Apesar de hoje os CGSC comporem um conjunto de cursos implantados e em andamento nas cinco regiões do país, seu processo de criação sofreu resistências de diversos atores, tanto internas ao próprio contexto universitário quanto também relacionadas ao contexto político-institucional nacional. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)[6], por exemplo, teve um movimento que foi de resistência inicial até a abertura progressiva, culminando no acolhimento da proposta. Nesse processo, houve dentro da entidade – que até então era voltada aos cursos de pós-graduação – a criação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC) e, inclusive, mudanças em seu estatuto, buscando abrigar essas novas iniciativas e seus novos personagens (BELISÁRIO et al., 2013).

Campos de práticas nos CGSC

Os campos de práticas são componentes imprescindíveis da formação dos profissionais de saúde no geral e também dos sanitaristas. Estes estão previstos na própria proposta de DCN para os CGSC (ABRASCO, 2015) e nos diversos projetos político-pedagógicos (ou congêneres) desses cursos.

Silva, Ventura e Ferreira (2003) questionam como tem sido o encontro entre os cenários práticos e o CGSC e como as competências previstas para os sanitaristas podem ser desenvolvidas nestes cenários de aprendizagem.[7] As autoras defendem que os campos de práticas na formação dos sanitaristas não devem ser observados como meros espaços para o desenvolvimento de habilidades técnicas – ênfase comum na formação de profissionais da saúde

6 Inicialmente denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a ABRASCO foi criada em 1979 a partir do desafio de se formar profissionais atentos à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde, alguns antigos, e de outros produtos de mudanças recentes no campo biomédico, político e social (FONSECA, 2006).

7 Cenários de ensino, cenários de aprendizagem, cenários, campos de práticas e estágios são termos que serão sintetizados neste estudo como cenários de aprendizagem.

do modo geral –, mas como espaços para a apreensão da dimensão práxica do objeto de seu trabalho. Neste sentido, levando em conta a dimensão política da atuação do profissional expressa em sua capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria:

> A atividade do sanitarista apoia-se em um fazer que não se restringe à teoria ou aos seus desdobramentos tecnológicos, mas sobretudo em um sistema de valores éticos e políticos. Sendo o seu trabalho situado como prática social, a capacidade reflexiva e de tomada de decisões no curso do seu processo de trabalho são fundamentais (p. 97).

Sobre a questão dos valores presentes na atuação do profissional da saúde coletiva, Paim (2006, p. 106, grifo do autor) assume que:

> O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um *componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos*. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto – as necessidades sociais de saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente perpassado por *valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia*.

Silva, Ventura e Ferreira (2003) também levantam outra questão, quando sinalizam que o campo por si só não configura como um espaço de formação somente por suas atividades e serviços. Nesse sentido, para que um campo de prática seja adequado, faz-se necessário a intervenção de um preceptor[8] sensível para captar e aproveitar as diferentes situações cotidianas capazes de aguçar e desencadear o pensamento reflexivo e crítico destes indivíduos em formação, pois "não se trata de simplesmente [de] encontrar um lugar ou um preceptor, mas de como esse lugar é explorado e potencializado como espaço para o exercício da reflexão, da crítica e de gestação de proposições" (p. 100).

Em outro plano, levando em conta a afinidade – ou mesmo imbricação – entre a Saúde Coletiva e o SUS, a escolha dos campos práticos pode apresentar-

8 Preceptores são profissionais do serviço que acompanham a trajetória do estagiário no referido cenário de prática, corresponsabilizando-se pelo processo de ensino-aprendizagem e integração ensino-serviço. Já o termo tutor será utilizado neste trabalho para designar o docente da universidade que é responsável por acompanhar os estudantes nos cenários de práticas.

se de modo dilemático: sua função seria de "mostrar o SUS que temos ou o SUS que queremos" (SILVA; VENTURA; FERREIRA, 2003, p. 98)?

A literatura nacional sobre a questão dos campos de práticas do graduando em Saúde Coletiva ainda é escassa. Identificam-se discussões no plano teórico-conceitual sobre como deveria se organizar o currículo e/ou a composição dos campos de práticas (BOSI; PAIM, 2010; FERLA; ROCHA, 2013; PAIM; PINTO, 2013; SILVA; VENTURA; FERREIRA, 2013; TEIXEIRA, 2003), relato de experiências que analisam campos de práticas específicos (FERLA; ROCHA, 2014a; FERLA et al., 2015; PARREIRA; ESCALDA; RODOVALHO, 2014; SÁ; ODEH, 2013), análises críticas da configuração desta graduação (SAMPAIO; SANTOS, 2013), assim como estudos empíricos sobre tal graduação que, apesar de não terem seus escopos relacionados aos campos de práticas, tangenciam a temática no interior de suas análises (BELISÁRIO et al., 2013; CASTELLANOS et al., 2013a, 2013b).

A formação profissional no campo de conhecimento da Saúde Coletiva deve desenvolver capacidades necessárias para o trabalho, incluindo a produção/invenção do próprio campo de trabalho do sanitarista e a capacidade de operar novas mediações interdisciplinares e intersetoriais para o trabalho em saúde. Esstas capacidades profissionais devem ser desenvolvidas por meio do exercício do trabalho em situações concretas, buscando ser capazes de gerar novos conhecimentos sobre os objetos de atuação, sempre tomando o próprio trabalho como objeto de análise (FERLA; ROCHA, 2014b).

Santana et al. (2013) acreditam que as aprendizagens nos campos práticos levam o graduando de Saúde Coletiva ao conhecimento do processo saúde-doença na teoria e na realidade. Como locais em que estes devem se inserir para o desenvolvimento de habilidades e destreza, preconizam:

> Hospitais públicos e privados, centros/unidades de saúde, policlínicas, unidades de urgência e emergência, organizações não governamentais, a saúde suplementar, no nível central das instituições governamentais de saúde como Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, participação em conselhos de saúde, nas diversas esferas, nos espaços educativos do SUS, entre outros (p. 50).

Para uma contribuição efetiva na transformação da realidade, Bezerra et al. (2013) defendem que estes estudantes devem, no momento da entrada nos

serviços, já terem se apropriado dos preceitos que regem a Saúde Coletiva, assim como dos princípios do SUS – a universalidade, a equidade e a integralidade. No tocante aos campos de práticas, assumem que, "quanto mais diversificados os cenários de aprendizagem, maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas dos discentes estagiários" (p. 125).

As DCN dos CGSC encontram-se em processo de aprovação, movimento que tem levado os cursos existentes a processos de reforma curricular, que devem se atentar para o princípio da integralidade, uma vez que as próprias diretrizes apontam para uma formação "ampla, crítica, reflexiva e ética, *sob a perspectiva da integralidade* na atenção à saúde" (ABRASCO, 2015, p. 2, grifo nosso).

Integralidade e cenários diversificados de aprendizagem

Para além de informar os serviços e ações de saúde conforme previsto em nossa Constituição Federal, o princípio da integralidade deve também orientar a formação dos futuros profissionais de saúde, dada "a necessidade de transformar os conceitos e as práticas de saúde que orientam o processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1408).

Integralidade é aqui entendida "no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano[9] de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde" (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 19). Esta noção supõe que

> [...] os profissionais [de saúde] se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas no âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica e mais implicados com os projetos de vida (seu pertencimento às redes de invenção de vida) (CECCIM, 2010, p. 139).

9 Por cotidiano, entende-se o "*lócus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições" (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 21).

A literatura acadêmica nacional denuncia o descompasso existente entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades da população, figurando como um desafio para a consolidação do SUS a formação destes para atuar de acordo com seus princípios ético-políticos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; LUZ, 2010; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010):

> No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2013, p. 137).

González e Almeida (2010) apresentam como fatores explicativos para tal problemática tanto aspectos vinculados à academia quanto aos serviços de saúde. No âmbito dos serviços de saúde, identificam-se a resistência dos profissionais às mudanças em processo, a visualização da formação como mais um acréscimo à agenda de trabalho, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possibilidade de identificação de fragilidades no serviço prestado. Já no âmbito da academia, elencam a gestão não comprometida, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo docente frente ao novo enfoque de aprendizagem, a dificuldade de relação entre os diferentes cursos e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade.

Além disso, a abordagem tradicional ainda impera na formação dos profissionais de saúde, sendo esta hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Seu modelo pedagógico é tecnicista, centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos entre as diferentes especialidades e incentivando a precoce especialização (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Neste sentido, tem-se a objetividade como ideologia dominante de abordagem do ser humano, identificada como a garantia da eficácia de tratamento. Isto repercute na busca científica de acúmulo de evidências na patologia em específico e no estabelecimento da diagnose da doença. No entanto, Luz (2010, p. 401) critica

que "informações objetivas armazenadas durante o curso não têm capacidade de se unificar em um saber integral sobre a saúde desses seres complexos, a um só tempo únicos e pluridimensionais". Tal situação gera um impasse, pois, como defendem Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 47), "a formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social".

Deste modo, reclama-se pela mudança nas graduações em saúde sob o eixo da integralidade, que deve ser um conceito-chave para que a formação venha cumprir seu "papel ético de formar profissionais de e para a saúde" (CECCIM, 2010, p. 141). Isto implica uma formação que busque "compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional" (SILVA; SENA, 2008, p. 52), assim como a "escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409) e o "atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 43).

As mudanças que se fazem necessárias passam por diversas esferas, significando uma ruptura não só com um modelo tradicional de formação, como também implica a reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) argumentam que o projeto que embasa a formação dos profissionais de saúde deveria extrapolar a educação do domínio técnico-científico da profissão para se estender aos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse social que contribuam à elevação da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Neste sentido, faz-se necessário que a formação englobe aspectos da produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento, bem como o adequado conhecimento sobre o SUS, num movimento que propicie "reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma

teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409).

Sob uma perspectiva pedagógica, a construção de conhecimento deve, conforme sugerido por Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2011), receber tratamento multidimensional, de modo a permitir a compreensão complexa da realidade e a circulação de diferentes valores presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deste modo, faz-se necessário um trabalho que amplie a capacidade de estabelecer relações entre as informações que os estudantes recebem com as informações que estes trazem consigo/constroem entre si, assim como relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições.

Para além das dimensões do aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver, Carvalho e Ceccim (2013) acreditam que para que a formação tenha qualidade esta deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde, assim como centrar os fatores de aprendizagem na produção de experiência de si e de apropriação do seu entorno, pois "a formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido" (p. 144).

Estes pressupostos coadunam com o que vem se denominando por Educação Permanente em Saúde, processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação na saúde em análise, sendo permeável às relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentidos dos atos produzidos no cotidiano. Esta corresponde aos processos de educação em serviço, de educação continuada e da própria educação formal dos profissionais comprometidas com a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos. Com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, o elemento central da Educação Permanente em Saúde

> [...] é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p.162).

As estratégias de Educação Permanente em Saúde devem ser propostas visando à qualificação do cuidado, de modo que redirecione o olhar do trabalho autônomo e isolado, para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, assim como a visão individualizada do usuário como paciente para uma abordagem de sujeito, cidadão no seu contexto familiar e social (DITTZ et al., 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004b), identificando a necessidade de uma configuração de implicações recíprocas entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social para a política de formação, sugerem o conceito de "quadrilátero da formação" para a área da saúde. Com esta imagem, se propõe

> [...] construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (p. 59).

Este conceito auxilia no entendimento de que a qualidade da formação é resultante da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Como "cada face [do quadrilátero] libera e controla fluxos específicos e configura espaços-tempo com diferentes motivações [...] [e] [...] cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.47), a disputa de uma apreciação crítica de formação com vigor político para um processo de mudança de realidade exige a necessidade de ativar certos processos e controlar outros.

Pinheiro e Luz (2007, p. 19) defendem que "o agir cotidiano nas instituições de saúde configura-se como um *situs* privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde" e, portanto, "o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de ideias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em

saúde". Deste modo, tem-se o entendimento de que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessárias: para além da mudança do currículo ou da organização dos serviços, são as práticas que necessitam de mudanças. "Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.50).

A busca da integralidade na atenção à saúde deve ser contemplada no movimento de articulação ensino-serviço, teoria-prática e ação-reflexão-ação. Para a construção desta rede ensino-serviço, faz-se necessário que as instituições formadoras e os serviços de saúde dialoguem, negociem e estabelecem parcerias permanentemente, proporcionando o compartilhamento de saberes numa construção coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010; SILVA; SENA, 2008). Nesta interação, o mote para os processos ensino-aprendizagem deveriam ser as situações do agir em saúde, ou seja, a exposição dos estudantes aos problemas reais da prática, pois

> [c]onstruir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa, também, estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (SILVA; SENA, 2008, p. 55).

A integralidade pressupõe práticas inovadoras em diferentes cenários, incluindo todos os possíveis espaços em que a produção da saúde e do cuidado ocorre. Requer uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize conhecimentos e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente em saúde no desenvolvimento de competências específicas de cada trabalho (BRASIL, 2004).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) defendem que quanto maiores são as experiências interdisciplinares, as pactuações interinstitucionais, a diversidade de cenários de aprendizagem e os fatores de exposição dos educandos (não mais somente o professor, o livro, a pessoa internada ou o ambulatório-escola), maior a instauração de possibilidades à integralidade das práticas em saúde.

A diversificação dos cenários de práticas é um dos eixos estratégicos identificados pelo Ministério da Saúde (MS) como imprescindíveis para que a formação dos profissionais da saúde esteja sintonizada com as necessidades sociais e com abordagem integral do processo saúde-doença:

> Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005, p. 27).

Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) apontam que o processo pedagógico operado em cenários múltiplos, seja em situações reais ou até mesmo simuladas, deve estar centrado no compartilhar experiências e vivências, por meio de uma supervisão dialogada que busque mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes, fortalecimento das ações em equipe e produção de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde. Ademais, sugerem outra perspectiva sobre a relação entre o conhecimento e a prática, distinta a da hegemônica visão de que a prática seria a comprovação da teoria (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2011):

> [...] é preciso insistir em assegurar questões socioculturais e os problemas cotidianos das práticas profissionais se constituam como elementos centrais das atividades curriculares nos diversos cenários de aprendizagem. Para isso, é necessário que conhecimento receba um tratamento a partir das diversas dimensões, possibilitando uma maior compreensão e apreensão da complexidade do real, favorecendo, também, a circulação diversificada de valores, ideologias, interesses, leituras, percepções, próprias das questões humanas, científicas e sociais. Com uma relação mais íntima entre os conhecimentos abordados na formação e os conhecimentos trazidos pelos estudantes, pode-se pensar numa melhor utilização destes diferente contextos e situações de prática profissional cotidiana (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010, p. 199).

Portanto, entende-se que os cenários de aprendizagem possuem importância enquanto *lócus* da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação da integralidade em saúde no processo de ensino-aprendizagem (MACÊDO et al., 2011).

Deste modo, faz-se necessário que os CGSC tragam inovações pedagógicas que rompam com o tradicional modo como a universidade insere os futuros profissionais de saúde nos campos de práticas. A maior diversificação de cenários, a maior integração com os serviços, o fortalecimento dos espaços dialógicos de construção compartilhada do conhecimento e a adequação do processo de tutoria e preceptoria às dinâmicas dos campos de práticas são algumas das estratégias possíveis para alcançar este ideal.

Considerações finais

A formação de sanitarista em cursos de graduação é uma inovação ainda em processo de construção. Como integralidade é um eixo fundamental no interior da Saúde Coletiva e esta pode ser compreendida como algo que se constitui no cotidiano de trabalho em saúde por meio das interações que se estabelecem, faz-se necessário sua incorporação na formação de graduandos para a transformação do dia a dia do trabalho em saúde.

A construção de uma matriz curricular e de itinerários formativos que possibilitem a inserção de graduandos em cenários de aprendizagem mais diversificados possíveis potencializaria a concretização de uma formação para a integralidade, uma vez que são as instituições, em seu agir cotidiano, os espaços onde a formação ganha materialidade, expressando formas de criação e de apropriação da produção, reprodução e reinvenção do fazer saúde e da vida coletiva. Para tanto, deve-se privilegiar, a partir de uma perspectiva crítica, problematizadora e transformadora, a participação dos atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde neste próprio processo de inserção dos campos de práticas nos CGSC.

Referências

ABRASCO. Fórum de Graduação em Saúde Coletiva – FGSC. *Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015. Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/07/MINUTA-Propostas-DCN-Sa%C3%BAde-Coletiva-FGSC-GOIANIA.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2015.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G. de; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.

BELISÁRIO, S.A. et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 6, p. 1625-1634, 2013.

BEZERRA, A.P. dos S. et al. A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p. 115-127, 2013.

BOSI, M.L.M.; PAIM, J.S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

_____. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário [editorial]. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p.236-237, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 137, n. 190, p. 131, 3 out. 2001. Seção 1, pt.1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *AprenderSUS*: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde*: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2005.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ano 144, n. 79, p.7, 25 abr. 2007. Seção 1, pt.1.

CAMPOS, G.W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CARVALHO, Y.M. de; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.137-170.

CASTELLANOS, M.E.P. et al. A implementação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.63-80, 2013a.

CASTELLANOS, M.E.P. et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p.1657-1666, 2013b.

CECCIM, R.B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.131-154.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004a.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

DITTZ, E. da S. et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.179-190.

ELIAS, P.E. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 7, n. 13, p. 167-170, 2003.

FERLA, A.A. et al (Orgs.). *Redes vivas de educação e saúde*: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FERLA, A.A.; ROCHA, C.M.F. (Orgs.). *Fazeres em Saúde Coletiva*: experiências e reflexões de jovens sanitaristas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014a.

_____. Fazeres em Saúde Coletiva: olhares de jovens sanitaristas em formação. In: FERLA, A.A.; ROCHA, C.M.F. (Orgs.). *Fazeres em Saúde Coletiva*: experiências e reflexões de jovens sanitaristas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014b. p.7-10.

_____. *Inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

FONSECA, Cristina M.O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. *In:* LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (Orgs.). *Saúde coletiva como compromisso*: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.21-41.

KOIFMAN, L.; GOMES, L.N. A graduação em saúde coletiva: um debate ou uma realidade? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 417-418, 2008.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de. *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p.111-130.

LEE, J.M. Articulation of undergraduate and graduate education in public health. *Public Health Reports*, v. 123, Suppl. 2, p.12-17, 2008.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p.304-311, 2009.

_____. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Gestão em Redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2006. p.27-34.

_____. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.395-406.

MACÊDO, M. do C. dos S. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de. *Ensinar saúde:* a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2011. p.229-250.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p.147-160, 2006.

MOTA, E.; SANTOS, L. O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil? *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.37-41, 2013.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p.5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p.17-38.

PAIM, J.S. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n .4, p.299-316, 1998.

PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.13-35, 2013.

PARREIRA, C.M. de S.F.; ESCALDA, P.M.F.; RODOVALHO, G.B. Integralidade e Humanização em Contextos Educativos: a Experiência do Curso de Graduação em Saúde Coletiva para a Promoção da Saúde nas Escolas. *In:* Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde, 1., 2014. São Paulo. *Anais...* São Paulo: Editora Blucher, 2014. p.350.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p.9-36.

SÁ, P.T.T. de; ODEH, M.M. Perfil da saúde coletiva dentro da disciplina introdução a práticas de saúde: relato de experiência. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.129-133, 2013.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V.S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. *In:* PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes da. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.191-206.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. *In:* PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2011. p.205-228.

SAMPAIO, J.R.C.; SANTOS, R.D. dos. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.81-89, 2013.

SANTANA, P.R. et al. Bacharelado em saúde coletiva: preenchendo lacunas e formando competências para o SUS. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.44-55, 2013.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p.48-56, 2008.

SILVA, N.E.K.; VENTURA, M.V.; FERREIRA, J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus Actas*, v. 7, n. 3, p.91-101, 2013.

TEIXEIRA, C.F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

O pensar e o agir na formação em saúde: reflexões interdisciplinares sobre as contribuições de Paulo Freire e Hannah Arendt*

César Augusto Paro
Karina Moraes Bermudez
Neires Alves Freitas
Vinícius Azevedo Machado
Roseni Pinheiro

Mas se deu que, certo dia, nosso pai mandou fazer para si uma canoa.
Guimarães Rosa

Este ensaio busca refletir sobre a formação na saúde a partir do diálogo com as contribuições de Hannah Arendt[1] e Paulo Freire[2] para o campo da Educação, numa perspectiva interdisciplinar, característica do

* A motivação para a tessitura deste texto deriva de um diálogo sobre as experiências dos autores com o campo da formação em saúde, desenvolvido no âmbito da disciplina "Leitura sobre a obra de Hannah Arendt II - Nexos epistemológicos com as obras de Paulo Freire sobre a Crise na Educação. Apontamentos para reflexão sobre a formação para a integralidade no cuidado", ministrada pela Profa. Dra. Roseni Pinheiro no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Trata-se de um texto que atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

1 Hannah Arendt (1906-1975) foi uma filósofa política alemã de origem judaica, sendo considerada uma das filósofas mais importantes do século XX. Seus estudos trouxeram contribuições sobre a política, o totalitarismo, a responsabilidade, a autoridade, a verdade, o mal e o estar/compartilhar o mundo. A sua principal obra é *As Origens do Totalitarismo* (1951). Fonte: Centro de Estudos Hannah Arendt (http://www.hannaharendt.org.br/#!bibliografia/c9qq).

2 Paulo Freire (1921-1997) foi um educador brasileiro nascido em Recife, Pernambuco. Trouxe grandes contribuições para Filosofia da Educação, sendo autor de obras como *Educação como prática da liberdade*" (1967), *Pedagogia do oprimido* (1968), *Pedagogia da esperança* (1992) e *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (1995). Freire ganhou grande reconhecimento a partir de sua experiência como educador no Nordeste brasileiro, propondo método de alfabetização. Fonte: Instituto Paulo Freire (https://www.paulofreire.org/paulo-freire-patrono-da-educacao-brasileira).

campo da Saúde Coletiva, no intuito de (re)pensarmos o exercício da prática formativa no ensino e o papel da universidade. Nesse sentido, foi necessário realizar uma travessia teórico-conceitual por essas obras, e com o auxílio de seus intérpretes, navegando por diferentes categorias, a fim de compor uma "canoa analítica" que nos pudesse proporcionar uma mentalidade alargada para compreender os desafios da formação de profissionais de e para a saúde.

Para navegar nas águas tão sinuosas da formação em saúde, propomos uma travessia acompanhada da poética de João Guimarães Rosa[3] a partir do seu conto "A Terceira Margem do Rio" publicado no livro *Primeiras Estórias*, em 1962. A escolha desse autor para compor o diálogo nesta produção ensaística se dá pelas constantes interrogações sobre o agir cotidiano presente na sua obra, aspecto que pode ser observado na própria descrição-problematização de Carlos Drummond de Andrade sobre João Guimarães Rosa: "João era fabulista?/ Fabuloso?/ Fábula?/ Sertão místico disparando/ no exílio da linguagem comum? [...]"[4].

Portanto, compartilhar de uma mesma canoa conforme descrita por Guimarães Rosa parece constituir o imperativo ético para repensar sobre os valores assumidos e nossos posicionamentos políticos e educativos acerca do nosso existir e resistir no mundo na formação em saúde.

Para contar de nossa travessia, este ensaio oferece uma perspectiva a partir do cotejamento das categorias responsabilidade, amor ao mundo e liberdade com as experiências vivenciadas em processos formativos na saúde. Logo, o "rio" será nosso guia nesta narrativa que explora o princípio da integralidade como conceito-chave da formação, diálogos com a contribuição de Hannah Arendt e Paulo Freire para repensar sobre o agir das práticas formativas e as apostas compreensivas capazes de visibilizar alternativas sobre os desafios impostos.

3 João Guimarães Rosa (1908-1967) foi um contista, novelista e romancista brasileiro, sendo considerado um dos principais representantes do regionalismo brasileiro. Dentre suas principais obras, estão: *Sagarana* (1946), *Grande Sertão: Veredas* (1956), *Primeiras Estórias* (1962) e *Tutameia – Terceiras estórias* (1967).

4 Trecho do poema-homenagem "Um chamado João", publicado no jornal Correio da Manhã em 22/11/1967, três dias após a morte de Rosa.

Primeira margem – "rio-rio-rio, o rio-pondo perpétuo": a integralidade como conceito-chave da formação na saúde para o SUS

A concretização do ideário de lutas da Reforma Sanitária por meio da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado legalmente na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, tem trazido para o campo da formação profissional novos e complexos desafios. Também tem ressignificado os processos de mudanças destinados ao ensino da graduação, levando, nos últimos anos, a importantes modificações nos itinerários formativos[5] dos futuros profissionais de saúde.

Buscando qualificar a formação discente e contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS, foi elaborada uma nova legislação que consistiu na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996) com a implementação de programas específicos a fim de responder às necessidades do setor saúde[6].

Neste processo de transformação, o "currículo mínimo" que estabelecia conteúdos mínimos para subsidiar a construção dos currículos de todo os cursos das Instituições de Ensino Superior (IES) foi substituído pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Estas, atendo-se ao estabelecimento de competências e habilidades, abriram um leque de possibilidades para iniciativas que, respeitando a singularidade dos distintos contextos vivenciados pelo SUS, buscam responder aos complexos desafios postos pelo cotidiano dos serviços de saúde (AZEVEDO et al., 2013).

A resolução que instituiu as DCN para os cursos de graduação na área da saúde define princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a

5 Conforme aponta Müller Neto (2012), o conceito de integralidade contribuiu com a construção de novos itinerários formativos, na medida em que articula o cuidado e a participação, valorizando "sujeitos autônomos em interação, que valorizam sua própria experiência vivida e participam, deliberam, decidem sobre o próprio cuidado e suas práticas, sobre a organização do serviço e da rede de cuidados e sobre as políticas de saúde" (p. 165). Desta forma, o itinerário formativo para a escuta inclui que os profissionais tenham conhecimento formativo baseado nas evidências científicas da biomedicina e epidemiologia, mas que também incluam habilidades comunicativas e conhecimentos sobre o trabalho em equipe, valores, crenças, a cultura das pessoas, das famílias e coletividades.

6 Alguns programas nacionais aqui elencados: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), o AprenderSUS, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), entre outros.

formação. Preconiza-se que cada profissional deva "assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde", e que seja capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Recomenda que os cursos da área da saúde tenham como egresso um profissional com "formação generalista, humanista, crítica e reflexiva"[7].

Em 2015, foram instituídas as diretrizes para a celebração Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), com a intenção de fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, por meio da pactuação entre as instituições de ensino, secretarias, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde[8].

Apesar de diversos avanços no que tange ao arcabouço jurídico-legal sobre a temática, a literatura acadêmica nacional denuncia o descompasso existente entre a formação dos profissionais da saúde e as necessidades da população, configurando como um desafio para a consolidação do SUS, justamente a formação destes para atuar de acordo com seus princípios ético-políticos-educativos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; LUZ, 2010):

> No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2013, p. 137).

González e Almeida (2010) apresentam como fatores explicativos para tal problemática tanto aspectos vinculados à academia quanto aos serviços de saúde. No âmbito dos serviços de saúde, identificam-se os seguintes elementos: a resistência dos profissionais às mudanças em processo, o entendimento de que a

7 Trecho presente nas DCN dos cursos da área da saúde. Como exemplo ilustrativo, ver: BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Brasília, 2002.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). *Diário Oficial da União*. Brasília, 5 de agosto. 2015; seção 1, p. 193.

formação constitui mais uma tarefa à agenda de trabalho, a infraestrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possibilidade de identificação de fragilidades no serviço prestado. Já no âmbito da academia, elencam: a universidade como refratária à construção de medidas de integração ensino-serviço, considerar a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo docente frente ao novo enfoque de aprendizagem, a dificuldade de interação dos diferentes cursos e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade.

Além disso, a abordagem tradicional ainda impera na formação dos profissionais de saúde, ancorada na tríade biologicismo, medicalização e abordagem procedimento-centrada. Seu modelo pedagógico é tecnicista, centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos entre as diferentes especialidades e incentivando a precoce especialização (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Neste sentido, tem-se a objetividade como ideologia dominante de abordagem do ser humano, identificada como a garantia da eficácia de tratamento. Isto repercute na busca científica de acúmulo de evidências especificamente sobre a patologia e no estabelecimento da diagnose da doença em detrimento de uma visão mais ampliada de saúde[9].

Tal situação gera um impasse, pois, como defendem Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 47), "a formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social". Deste modo, reclama-se pela mudança nas graduações em saúde sob o eixo da integralidade, que deve ser um conceito-chave para que a formação venha cumprir o seu "papel ético de formar profissionais de e para a saúde" (CECCIM, 2010, p. 141).

Integralidade é aqui entendida "no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos

9 No entanto, Luz (2010, p. 401) critica que "informações objetivas armazenadas durante o curso não tem capacidade de se unificar em um saber integral sobre a saúde desses seres complexos, a um só tempo, único e pluridimensional".

diferentes níveis de atenção do sistema de saúde" (PINHEIRO; LUZ, 2007, p. 19). Esta noção supõe que

> [...] os profissionais [de saúde] se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas no âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica e mais implicados com os projetos de vida (seu pertencimento às redes de invenção de vida) (CECCIM, 2010, p. 139).

Para que a integralidade da atenção à saúde seja um eixo norteador de transformação da formação dos profissionais da área da saúde, torna-se necessário "compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional" (SILVA; SENA, 2008, p. 52), assim como a "escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409) e o "atendimento às necessidades de saúde[10] das pessoas e das populações" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 43).

Temos claro que estas mudanças atravessam diversas esferas, significando uma ruptura não só com um modelo tradicional de formação, como também implicará a reorganização dos serviços e na construção de uma análise crítica dos processos de trabalho (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Na pedagogia, propõe-se a Educação Integral, por meio de propriedades abrangentes intercedidas pela aproximação dos profissionais com a multidisciplinariedade e dos setores com a intersetorialidade. Também se preconiza a aproximação das culturas, linguagens, modos de vida narrados pelos sujeitos, e, na dimensão física, o lazer, arte, esporte e cultura popular, tendo como escopo a interconexão dos saberes familiares, comunitários, científicos

10 Em relação às necessidades dos usuários das ações e serviços de saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004a, p.1401) especificam que estas "[...] passam à condição de direito, seja porque como pessoas, todos tem o direito de ser atendido conforme as necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser usuário-centrada, em última instância, único motivo para ordenar serviços de atenção e instituições de formação de profissionais".

e a aproximação dos universitários com as práticas inerentes aos conteúdos trabalhados no saber informal (MOLL, 2012).

A Educação Integral destaca-se a considerar o sujeito multidimensional e plural; para alcance de suas dimensões, faz-se imprescindível a harmonização entre tempo-espaço, na realidade social vivida, ou seja, uma aprendizagem ativa, mediatizada pela troca, em que os retalhos sociais são congruentes com os conteúdos contidos no ensino, nas cartilhas, matrizes e Projetos Político-Pedagógicos - PPP (FREIRE, 1987).

Ceccim e Feuerwerker (2004b) argumentam que o projeto que embasa a formação dos profissionais de saúde deveria extrapolar a educação do domínio técnico-científico da profissão para se estender aos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse social. Neste, estão elencadas contribuições para a elevação da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Neste sentido, a formação requer a inclusão de aspectos da produção de subjetividades, habilidades técnicas e pensamento, assim como o adequado conhecimento sobre o SUS capaz de "reverter às teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409).

Sob uma perspectiva pedagógica, a construção de conhecimento deve, conforme sugerido por Saippa-Oliveira, Koifman e Pinheiro (2005), receber tratamento multidimensional, de modo a permitir a compreensão complexa da realidade e a circulação de diferentes valores presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deste modo, as práticas terão que ampliar a capacidade de estabelecer relações entre as informações que os estudantes recebem com as informações que estes trazem consigo/constroem entre si, assim como relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições.

Na assertiva de que os processos de tornar-se ser aprendente, que constantemente somos imersos, nos textos e contextos dos modos de vivenciar os processos pedagógicos e educativos, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura propõe quatro princípios-pilares do conhecimento

para o progresso das bases da educação no século XXI (WERTHEIN; CUNHA, 2000):

a) o *aprender a conhecer*, nos convoca a apropriação de saberes em sua diversidade, em ritmo incessante, incorporado de uma metodologia do "aprender";

b) o *aprender a viver juntos*, com caráter desafiador para o cenário, circundado por um contexto nebuloso e incerto, e nesse escopo desenvolver um espírito humanitário, com a negação de situações de violências, discriminação, de reprodução de conflitos sociais, contudo, desbravar nesse amalgamado uma cultura pacificadora de mundo, fomentando uma coesão humana;

c) o *aprender a fazer,* reconhecido pela indissociabilidade entre a teoria-prática e o pensar-agir, no estágio funcional de percorrer riscos, ousar o novo, aguçar a curiosidade do sujeito inquieto em desenvolver aprendizagens múltiplas; e

d) o *aprender a ser*, no assentimento da percepção da razão, a formar com base na autonomia, uma vez que os sujeitos são capazes de exercer o juízo de valor, contribuir para o investimento de intelectuais abertos para conhecer a si e ao outro, resultando no autoconhecimento, e realização plena dos sujeitos aptos para reconhecer de modo dialético as potencialidades que há no interior de cada um.

Carvalho e Ceccim (2013) transpõem a arguição supracitada, e realçam que além dessas dimensões, a formação de qualidade deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde, assim como centrar os fatores de aprendizagem na produção de experiência de si e de apropriação do seu entorno, pois "a formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido" (p. 144).

Diante da complexidade dos desafios da formação em saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004b) propõem uma configuração de implicações recíprocas entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social para a política de

formação com o conceito de "quadrilátero da formação" para a área da saúde. Com esta imagem, se propõe

> [...] construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (p. 59).

Esses autores apontam três itens importantes para considerar o conceito proposto pelo quadrilátero: o desenvolvimento tecnoprofissional, do ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Como "cada face [do quadrilátero] libera e controla fluxos específicos e configura espaços-tempo com diferentes motivações [...] [e] [...] cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 47), a disputa de uma apreciação crítica de formação com vigor político para um processo de mudança de realidade exige a necessidade de ativar certos processos e controlar outros.

No conto de Guimarães, para cada um dos personagens – o autor, seu pai, sua mãe, seus irmãos, seu tio, o padre, os vizinhos – o rio adquiria um significado diferente em suas vidas: fado, estarrecimento, vergonha, tristeza, culpa, doideira. Do mesmo modo, a formação na saúde tem sido tematizada sob múltiplas perspectivas, conforme apontado acima.

Seguindo em nossa travessia, partimos para segunda margem do rio da formação na saúde, cotejando com os aportes teórico-conceituais de Hannah Arendt e Paulo Freire, dada a potência epistêmica que a abordagem destes dois filósofos pode propiciar acerca da fusão do horizonte ético-político-educativo, afim de compor novas "margens da palavra, clareira, luz madura"[11] para a integralidade na formação em saúde.

11 Verso da música "A terceira margem do rio", composição de Milton Nascimento e Caetano Veloso, que tem como inspiração o conto homônimo de Guimarães Rosa.

Segunda margem – "rio abaixo, rio afora, rio adentro - o rio": dialogando com as contribuições de Arendt e Freire para se repensar o agir das práticas formativa

"Eu permaneci, com as bagagens da vida": responsabilidade como exercício da educação"

Estamos vivendo em um mundo que se moderniza com uma rapidez fugaz, no qual prevalecem a tecnologia, o individualismo e o imediatismo. Mundo em que a sociedade contemporânea está criando incomunicação e solidão entre as pessoas. Uma travessia para a barbárie.

Nesse contexto, vivemos correndo, com pouca possibilidade e espaços para reflexão, conversas e expressões dos sentimentos. O risco é o surgimento da indiferença, a pouca reflexão e a busca por resoluções rápidas para o que nos acomete num pragmatismo que usurpa nossa capacidade de pensar a vida condicionando os acontecimentos a uma reflexão limitada e fracionada.

Nos serviços de saúde, quando a indiferença se impõe como prática entre os sujeitos, os efeitos podem ser desastrosos. Tais efeitos repercutem no pensar e no agir dos sujeitos em relação, que, muitas vezes, inclui a ressignificação sobre o corpo a partir da compreensão do seu processo de adoecimento e sofrimento. Trata-se de uma complexidade que busca considerar a subjetividade, os modos de andar a vida, os condicionantes sociais e modos de se afetar e se relacionar, ou seja, envolve sujeitos em sua integralidade. O modelo assistencial hegemônico, contudo, opera em uma prática fragmentada, centrada em procedimentos e não com as demandas dos usuários, o que revela um olhar reducionista sobre a ideia de cuidado com flagrante desresponsabilização dos sujeitos sobre os modos de produção de vida.

Constatamos, ainda no cotidiano, que as práticas formativas hegemônicas reproduzem esse olhar, obstaculizando as mudanças necessárias no agir em saúde. Numa perspectiva arendtiana, podemos afirmar que os profissionais de saúde, justamente por não pensarem suas ações, acabam por ser meros dentes

de engrenagem[12] na produção do cuidado. Além disso, ficam desmotivados a problematizar e reinventar as formas de agir como uma prática responsável do cuidado. Com isso, afirmamos que cabe à formação assumir o compromisso ético-político-educativo em defesa da vida, com o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva e responsável, o que nos leva a considerar que a responsabilidade torna-se um dos valores a serem exercitados na educação, na saúde e no trabalho.

Para abordar a categoria *responsabilidade*, nos apoiamos nas obras de Paulo Freire (1987, p. 46), que enfatizam o diálogo entre o educador e o educando, de forma a educar o discente a organizar sua própria aprendizagem: "o diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus polos (ou um deles) perdem a humildade. Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?". Ensinar, nesta perspectiva, não pode ser um mero processo de transferência de conhecimento, não pode ser uma transferência mecânica que resulte em uma memorização maquinal. O processo de aprendizagem prescinde, portanto, de uma autonomia, que é conquistada gradualmente, por meio de experiências que estimulem a possibilidade de tomada de decisões e responsabilidades.

A partir desta perspectiva, Freire (1987) afirma que a educação envolve o movimento dialógico entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Dessa forma, ela teria o caráter libertador como exigência ética, ou seja, por meio da liberdade o sujeito torna-se crítico e reflexivo, capaz de transformar sua realidade e pertencer ao mundo de forma efetiva. Nessa concepção, o educador, por meio de sua ação na aprendizagem, tem a função de desenvolver potencialidades, conhecimentos e capacidade dos educandos em assumir um lugar no mundo junto aos demais. De maneira análoga, Arednt destaca que o educador (professor) deve orientar os estudantes a assunção de responsabilidades com o mundo e a imortalidade dos atos (CÉSAR; DUARTE, 2010). Neste sentido, poderíamos destacar que há uma reciprocidade afirmativa da epistemologia de Arendt e Freire, quando este

12 Expressão utilizada por Hannah Arendt para explicar as questões referentes à responsabilidade pessoal dentro de um Estado. No julgamento de Eichmann referente aos crimes executados em Auschwitz durante a II Guerra Mundial, este alega que apenas obedecia ordens, e, por isso, não poderia ser responsabilizado pelos crimes que cometeu. No entanto, esta filósofa acredita que essa justificativa nada mais é do que uma tentativa de impossibilitar a atribuição individual de culpabilidade e responsabilidade moral e legal (VICENTE; LUZ, 2014).

inclui a tomada de decisões e construção da autonomia na busca de assumir uma posição no mundo, sempre a partir de um fazer dialógico (FREIRE, 1987).

É crucial compreender o diálogo como dispositivo teórico-prático de grande valia no contexto dos cursos de formação universitária, para condução de um processo de ensino-aprendizagem discente-docente que seja transformador, democrático e cidadão. O diálogo, que é inerente aos processos formativos, está articulado à partilha de saberes entre os atores implicados neste processo, momento em que a fala não é centralizada e a relação se dá de forma inclusiva. Nesse contexto, o ator pode despir-se de saberes previamente estabelecidos e preconceitos a fim de construir o novo (NASCIMENTO, AZEVEDO, GHIGGI, 2000).

Para Freire, o ato dialógico na educação tem reciprocidade com o valor da amorosidade, pois é por meio deste ato que se possibilita o encontro com o outro na ação de modificá-lo, o que implica generosidade da prática da humanização. Isto porque é a atitude de pensar com os outros mediatizados pelo diálogo que o torna sujeito completo, pleno e resoluto. São as práticas humanizadas que favorecem a inserção de homens e mulheres no mundo para desenvolverem a tomada desse espaço a sentirem-se confortáveis neste. No diálogo, os humanos se aproximam e comunicam suas culturas, identidades, valores, vivências e desejos. O diálogo consente o respeito às particularidades e diferenças: é valoroso no respeitar o próximo, os saberes, já que não existe saber maior ou saber menor, mas diferentes.

Na formação, o saber experienciado pelos docentes é infinito pela vivência e sabedoria prática adquirido longitudinalmente no cotidiano. Todavia, para que estes possam apresentar uma leitura crítica do mundo por meio do diálogo, será basilar que esses atores se distanciem de um olhar técnico, unidirecional e equivocado de conteúdo oriundo das ciências exatas e biológicas. Todavia, a interpretação e interação com o mesmo se dá no usufruto da linguagem entre os seres viventes e com os objetos. O diálogo no ensino não pode interatuar como recurso inoperante, incoerente com a prática, mas deve ser exercitado de modo sério e responsável.

Portanto, o diálogo é fundamental no estabelecimento de uma relação de liberdade entre os envolvidos, mediada por uma educação libertadora e emancipatória que se distancie da educação bancária, técnica, verticalizada

e centrada no docente. Para Freire (1999, 2000), o educando não pode ser confundido como um "depósito de informações", que absorve tudo o que lhe é apresentado como sujeito passivo que não levanta questionamentos, mas prescreve normas e condutas para vida. O autor defende que é fundamental que a distância entre o que se diz e o que se faz sejam diminuídos, de tal forma que a fala seja a prática.

Nossa presença no mundo implica escolha e decisão, não sendo uma presença neutra. Ou seja, temos que manter uma coerência de vida: nosso agir deve ser coerente com o pensar e devemos apresentar o mundo aos mais jovens na perspectiva da vida como ela é, e não a partir da arte do viver. Aproximando-se desta assunção, Arendt destaca o sentido da aparência, apontando a importância de se mostrar para o mundo o que de fato se é e não o que o mundo dita ser (ASSY, 2004).

Assim como Freire, Arendt também discute a questão da liberdade fazendo sua articulação com a responsabilidade. Para esta filósofa, liberdade significa nosso compromisso responsável com o mundo em que vivemos, havendo três níveis de responsabilidade: a responsabilidade de escolher a si mesmo, a responsabilidade de julgar e eleger exemplos e a responsabilidade para com a durabilidade do mundo por meio de um agir consistente.

Assy (2004) comenta que na perspectiva arendtiana somos lançados ao mundo ao qual buscamos sempre pertencer. A condição humana inclui as atividades de pensar, querer e julgar, constituindo-se como atividades de reflexão – pensar o que estamos fazendo.

O mundo ao qual somos lançados para viver já é habitado por outros com quem passamos a compartilhá-lo e também será compartilhado com as gerações futuras. A partir disso, a categoria *responsabilidade* é de extrema relevância para refletirmos sobre a atuação no mundo. Vale mantermos a seguinte reflexão: responsabilizamo-nos por nossas ações no mundo em que vivemos? Arendt compreende a responsabilidade como responsabilidade política, destacando nossa participação na esfera pública, ou seja, responsabilidade para com os outros com quem compartilhamos o mundo e para aqueles para quem preservamos o mundo. Com isso, podemos dizer que nossa responsabilidade com o mundo

em que vivemos é tanto individual quanto coletiva. Individual na medida em que somos individualmente responsáveis pela coletividade e coletiva porque o meu agir diz respeito a todos os membros da coletividade (ASSY, 2004).

Arendt afirma de forma categórica que não se pode educar sem um compromisso com o mundo; poderíamos dizer que é como se o educador dissesse ao mundo: *quero que sejas, quero te dar a chance de existir.* Então, a tarefa do educador seria de revelar a seus educandos sua forma de pensar e de se relacionar com o mundo, testemunhando seu apreço por ele, de modo a ajudar e impulsionar os educandos a criarem suas próprias formas de relação com o mundo.

A responsabilidade do professor diante dos estudantes e dos adultos diante das crianças está implícita no fato de que os jovens são introduzidos por adultos em um mundo que não é sempre igual, mas que se modifica continuamente. Tal responsabilidade é indispensável, tanto que Arendt (1979) enfatiza que as pessoas que se recusem a assumir a responsabilidade coletiva pelo mundo, não deveriam ter crianças nem assumir tarefas em sua educação.

Para Arendt, o julgamento seria a atividade mais importante em que ocorre esse compartilhar-o-mundo, visto que o julgamento deixa de ser apenas subjetivo no sentido de que, no ato de julgar, não é considerado apenas o próprio julgamento. Dito de outra forma, "a faculdade de julgar requer um exercício de nos colocarmos no lugar do outro" (ASSY, 2004, p. 48). Ou seja, o indivíduo com a capacidade de pensar é constante testemunha de seus próprios atos. Dessa forma, ela ressalta o ser-do-mundo em detrimento ao estar-no-mundo. O ser-do-mundo inclui a dimensão de pertença, considerando a forma pública de vida como sendo o compromisso com a comunidade na qual vivemos, por meio do reconhecimento da superioridade do cuidado com o mundo e com o bem-estar coletivo e não os interesses individuais.

Arendt denomina de *amor mundi* justamente essa responsabilidade pelo mundo, esse cultivo do sentimento de pertença por ele. E, dessa forma, a educação se presentifica entre os humanos como elemento fundamental de responsabilização pelo mundo, conforme a autora aponta no ensaio "A Crise na Educação":

> [...] a educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele e, com tal gesto, salvá-lo da ruína que seria inevitável não fosse a renovação e a vinda dos novos e dos jovens (ARENDT, 1979, p. 247).

"E, assim dizendo, meu coração bateu no compasso do mais certo": amor mundi como prática de responsabilidade na formação

Como amar um mundo que está desmoronando? Trata-se de uma questão-chave para se aproximar do pensamento de Arendt. A autora, diante do momento histórico que vivenciou, constata um mundo em ruínas, onde se apresentava a consolidação das sociedades de massas que, gradativamente, resultando na devastação da tradição, do interesse por seu passado e favorecendo o estabelecimento de tendências totalitárias, autoritárias e tirânicas no Ocidente. Por isso, Arendt escolheu pensar o agir no sentido de se reconciliar com um mundo que permite barbáries e que, por isso mesmo, mais do que continuar a existir, precisa ser renovado e refundado (ALMEIDA, 2013).

Se na Era Moderna vivenciamos o desmantelamento das bases de um possível mundo comum, que resultou nas sociedades de massas, de outro modo pensar o agir no mundo poderá nos conduzir ao pertencimento a um mundo compartilhado. Deste modo, segundo Almeida (2013, p. 82), Arendt recusará a barbárie:

> [...] um "não" à barbárie do totalitarismo e tudo o que o favorece. O que a move não é, sobretudo a pergunta sobre qual seria o *melhor* mundo, mas, antes de mais nada, qual seria o mundo que *impossibilita* o surgimento da barbárie. Dessa forma a pergunta não é tanto qual seria a ação política adequada, mas quais as condições mínimas para que possa existir algo como política. A questão também não é o que realizar com nossa ação, mas como garantir a própria possibilidade de ação. Também não se trata de definir quais os princípios apropriados para nosso julgamento, mas da capacidade de julgar em si e de tomar posição [grifos nossos].

O "não à barbárie" do totalitarismo e a tudo o que o favorece é, acima de tudo, uma tomada de posição. Esta, por sua vez, constitui-se em dois momentos. O primeiro diz respeito a um posicionamento político e um julgamento ético,

tendo como ponto de partida o senso-comum, uma pré-compreensão que não está atrelada a análises ou reflexões aprofundadas, mas se funda na comunhão com a vida comunitária. O segundo momento exige que este "não" seja qualificado, o que se dá a partir da indagação sobre quais seriam os princípios a nos conduzir na recusa da barbárie.

Para Almeida (2013, p. 81), não era preocupação de Arendt se contrapor à barbárie preconizando um programa político, tampouco uma proposta educacional para a crise na educação, mas, sim, o constante exercício de se perguntar: "o que seria um mundo especificamente humano e o que é preciso para constituir um espaço onde o que conta são, sobretudo, as pessoas, suas experiências e sua forma de ver e julgar o mundo?". Como resposta frente à destruição do mundo, Arendt propunha o *amor mundi*, entendido como "o amor por aquilo que é criado através da ação em conjunto, o amor que dá uma durabilidade às intenções da liberdade política, como também proporciona uma realidade estável às gerações futuras" (ASSY, 2004, p. 57).

Almeida (2013) discute os sentidos e significados de amor ao mundo, diferenciando o sentimento amor que diz respeito à vida interior, íntima e, assim, à vida privada que se contrapõe ao mundo comum ao de amor enquanto desejo de poder ser e que se compreende como pertencente a algo maior, do mundo como escolha.

A concepção de Arendt sobre o amor enquanto um sentimento é que, em primeiro lugar, trata-se de algo oculto, só podendo ser comunicável se transformado por determinadas capacidades, como a *narração*. Se entendido como pulsão, sob a ótica biológica, o amor não depende de nossas escolhas e, desse modo, não há liberdade em relação a esse sentimento. Sendo vivenciado como elo fundamental entre as pessoas, o amor se localiza, essencialmente, no domínio do privado. Portanto, esse amor não faz parte da realidade do mundo – apenas do mundo interior. Mais do que isso, opõe-se à esfera de ação que constitui o mundo comum. Em outras palavras, o amor sentimento não tem condições para desempenhar um papel construtivo ou propositivo no espaço que corresponde ao mundo comum. Encerra numa radicalidade não mundana, antipolítica.

Já o *amor mundi*, ao contrário, não é um sentimento, não se localiza no mundo interior, mas se direciona para algo que é externo ao ser humano, do qual ele possa participar e compartilhar. Em Arendt, o *amor mundi* tem como referência o conceito de amor de Santo Agostinho, em que amar significa desejar uma coisa por ela mesma. Trata-se de um desejo de poder ser e que, por reconhecer a falta de autossuficiência da vida humana, compreende-se pertencente a algo maior. Santo Agostinho aponta esse algo como dois caminhos: o mundo e Deus. Assim, a escolha de Arendt pelo mundo corresponde ao amor enquanto "desejo de um ser humano, que é incompleto e que precisa de algo fora de si mesmo para realizar-se plenamente" (ALMEIDA, 2013, p. 87).

Nessa perspectiva, a educação envolve duas faces do *amor mundi*: a gratidão por nos ser dado algo que é anterior a nós e a nossa contribuição no mundo e para o mundo. No entanto, isso não significa se agarrar ao que nos foi dado ou a isto dar continuidade, mas de se reconciliar com um mundo que permitiu e permite barbáries tendo em vista que é necessário pensar o agir no sentido de renovar e refundar enquanto um mundo comum. Nesse sentido, "reconciliação e renovação do mundo dizem respeito às atividades do pensamento e da ação" (ALMEIDA, 2013, p.89).

O amor que resulta no pertencimento ao mundo comum reclama de seus participantes à contribuição ativa e responsável em sua permanente renovação; por conseguinte, o pertencimento reclama ação, o agir.

Sobre a especificidade da ação, Arendt (1989, p. 189), defende que

> [...] com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano, e essa inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato simples do nosso aparecimento físico original. […] seu impulso surge do começo que veio ao mundo quando nascemos e ao qual respondemos quando começamos algo novo por nossa própria iniciativa. Agir, em seu sentido mais geral, significa tomar iniciativa, iniciar (como indica a palavra grega *archein*, 'começar', 'conduzir' e, finalmente, 'governar'), que é imprimir movimento a alguma coisa (que é o significado original do termo latino *agere*).

Esta inserção no mundo corresponde a um segundo nascimento porque exige de nós um movimento voluntário no sentido de confirmar e assumir nosso nascimento primeiro, começando algo novo a partir de nossa própria

iniciativa. Para Almeida (2013, p. 89), Arendt "deixa claro que a aposta no mundo é uma opção, isto é, não está ligada ao nascimento biológico, mas a nossa inserção deliberada no mundo". Assim, o segundo nascimento é uma opção que é fruto do *amor mundi*.

Cabe frisar que o *amor mundi* se relaciona com as condutas de conservação, durabilidade e preservação do mundo, que são processualmente construídas pelas gerações, imortalidade dos feitos pelos mais velhos, no intento de aguardar os novos habitantes que virão, as gerações póstumas. Este amor é simbólico por despertar no humano a representação do cuidado por um legado que foi desenhado historicamente mediante um mundo antigo e que deve ser lembrado como tradição que será fulcral na enunciação de atos inventivos e de mudanças, que sejam capazes de suprir as buscas dos humanos. As transformações requerem apresentar inovação, novidade ao mundo, a ser representado aos forasteiros que sobrevirão, nesse dispor de um saber antigo acrescido de um saber novo. O desejo, zelo, empatia em conservar o mundo devem ser as volições inerente à vida do sujeito social, que se corresponsabiliza com o mundo e se propôs a construir conjuntamente.

Pela minúcia de aconchegar os novos habitantes num mundo velho, numa realidade já conformada, que pode ser modificado pelas apreensões do novo, a recepção a esses novos seres permite no percurso a projetar o início, o principiar de novos atos e fatos. Para que os recém-chegados ao mundo desenvolvam sua capacidade crítica sobre ele, é necessário e factível que os fatos sejam narrados pelos mediadores, então já vivos, antigos no mundo.

Na educação, essa atribuição é dada aos docentes, que têm a árdua e comprometida tarefa de inserir os discentes no tempo-espaço, de modo a dizer como são os acontecimentos e colaborar para que cada um, em sua especificidade e singularidade de ser, evolua este mundo em detrimento do plural, dando a sua contribuição ímpar (ALMEIDA, 2008). No campo da formação em saúde, aponta-se a importância desse futuro profissional da saúde decidir-se por confirmar e assumir o seu segundo nascimento, tomando como referência para pensar o seu agir a partir dos pressupostos éticos da integralidade do cuidado, engajando-se na luta democrática da construção da saúde enquanto direito como defendida pelo ideário da Reforma Sanitária.

No âmbito do ensino, o *amor mundi* imperativamente deve ser incorporado na pedagogia e prática de ensino-aprendizagem. Este é expresso no tratar em diligências os modos de ensinar-aprender, perguntar-responder, pensar-agir, ser-ter, sob a perspectiva da integralidade em saúde no contexto brasileiro a ideia do direito de ser e não somente de ter. Faz-se necessário o gosto para tensionar práticas e abordagens problematizadoras, à guisa da *perguntação* que surgem uma aprendizagem significativa, a colocar nessa interface uma linha tênue entre o processo pedagógico, no qual ora o docente é protagonista do saber, ora esse contraposto, sendo o discente ator de seu conhecimento. A permuta de posturas, posições e encargos exercidos é concreta, sendo que o amor no desejo de ensinar e aprender é a mola propulsora de um construto social perdurável.

Do mesmo modo, Freire (1999) conclama para uma atitude de conhecimento do mundo e de sua conservação gerado a partir do amor ao mundo. É mister que o docente tenha o compromisso e responsabilidade em interatuar com criatividade e dinamismo nos cenários diversificados de práticas, sendo inspirador e atraente em julgar as metodologias que atendam as especificidades dos educandos nos seus objetivos inerentes. De tal forma, que o docente assuma o compromisso mobilizar os discentes a transitarem de um mundo obscuro, irrisório e estranho, para um mundo de *sonhação*, idealizações e perspectivas.

O amor diz à reflexão crítica do sujeito para apropriar-se do mundo, que deseja superar a consciência mágica para uma consciência crítica que reverbera na elucidação epistêmica. É inconcebível tanto em Freire como em Arendt que as atitudes irresponsáveis com o mundo, que na formação pode se revelar na recusa de ser aprendente para ser operante, que considere o empírico para construir o científico, alinhado à vida gregária. Neste sentido, é indesejável o descompromisso com o outro, como consigo, a desapropriação dessa ambiência como se não fosse sua, a incoerência do pensar-fazer e do falar-agir, e da neutralidade em não estabelecer consubstancialmente com os outros.

Assim, os sujeitos nascem para o mundo com a possibilidade de serem provocadores de mudanças, de apresentarem novidades, de deixarem sua marca a partir da tradição, expectando destes um legado social (ARENDT, 1979). Isto só ocorre porque estes dispõem de liberdade.

"De dia e de noite, com sol ou aguaceiros, calor, sereno, e nas friagens terríveis de meio-do-ano": o usufruto da liberdade para formação na saúde

O conceito de liberdade em Hannah Arendt é ancorado na política, tendo esta como função essencial a defesa da dignidade humana. A autora discute este construto a partir das acepções de liberdade na *pólis* ateniense e também de sua definição moderna, compreendendo liberdade por meio do usufruto do exercício da política.

Liberdade estaria indissociada da expressão e manifestação do plural na esfera pública, que robustece a *ideação* do aparecimento do sujeito. O homem pode apresentar-se no mundo a partir da externalização do julgamento em seu meio, momento em que ele se mostra e se faz conhecido. Portanto, é por meio da reflexão-ação e da linguagem expressa que o sujeito consegue interagir com o mundo e seus habitantes (ASSY, 2004).

A política está diretamente imbricada com a liberdade, e esta, por sua vez, com os *modus operandi* dos sujeitos imersos no mundo – entendido como um lugar mediatizado pelo discurso –, possibilitando se fixar abertura entre os atores sociais com a capacidade de se criar localizações entre eles (ASSY, 2015). O encontro entre liberdade e política, assim como entre política e liberdade se dá porque "o sentido da política é a liberdade" (ARENDT, 1999, p. 38).

Na dimensão axiológica, a pluralidade reverbera-se na acreditação, a partir do *self* arendtiano, do olhar do outro, de seu ponto de vista para inserção no mundo, bem como a sensibilidade para fazer-se mostrar neste espaço como sujeito singular e transformador do mesmo. A expressão da liberdade concebe-se na perspectiva da atitude dialética ao imaginar que o mundo é um espaço comum cabendo à intervenção de todos e que exige, para uma convivialidade harmônica, a internalização constante das diferenças, com respeito à unicidade do outro, pela qual também na individualidade cada sujeito é dotado (ASSY, 2004).

Portanto, em Arendt, o pensar dialógico é uma ação da liberdade como atitude relacional e subjetiva, que se exerce mediante as relações interpessoais, atividades sociais e nas mais distintas vivências existenciais inerentes a uma vida gregária. Nessa visão, a liberdade não pode de modo similar ser experienciada

sob o prisma do sujeito solipsista, que nutre a percepção de si e do pensamento individual e, de modo oposto, coaduna com o ideário de que se torna outro para si próprio, e não apenas um si de si mesmo (ARENDT, 2004).

A esfera pública, em contraponto, tem sido ocupada pelas abordagens utilitaristas, interesses privados, práticas individualistas, *self* egoico e com invenções de aparatos tecnológicos para atender uma lógica de mercado, a serviço do capital, que conforma a lógica de produção e consumo em um sistema tecnocrático (ARENDT, 2004).

No campo da formação, identificamos a hegemonia de metodologias de ensino direcionadas por um sistema de ensino verticalizado que desconsidera as necessidades singulares do sujeito, reforçando uma visão meritocrática, em que a liberdade é conquistada por *status*, relações de poder e subordinação. A liberdade tem sido comumente camuflada no processo de ensino por relações manipuladoras e um sistema que não congrega integralmente as diretrizes teórico-metodológicas de ensino que atendam as tendências pedagógicas crítica-reflexiva e emancipatórias.

Para Arendt, a liberdade é expressa na aparência, mediante o apresentar-se na vida, em que os humanos se mostram como são e como se relacionam com o espaço, havendo igualdade de representação de vozes. Logo, a liberdade dos seres concretiza-se na consideração da pluralidade, por intermédio da responsabilidade individual e coletiva. Como corroborado por Freire (1997), a liberdade se dá pela comunhão de homens/mulheres, pois a busca incessante da mesma só se evidencia quando, na dualidade da opressão-reação, o oprimido acarreta a ideia do opressor, mobilizando forças nessa assertiva por meio do coletivo, na reflexão-ação conjunta, organização de movimentos de lutas e enfrentamentos a partir da *práxis*.

Entretanto, o campo da formação carece de interações de metodologias participativas, cujas abordagens sejam desenhadas coletivamente, de modo a não alimentar a dicotomia entre quem planeja e quem executa, pois ambos estão interconectados no processo e se entrelaçam na intenção das ações sobrepostas (FREIRE, 1997). O espaço de ensino em saúde necessita ser aberto, em um cenário propício à convivialidade, de interação de relações, atitudes,

conhecimentos, afetos e pessoas. Semelhante à democracia da *pólis* ateniense, a esfera pública deveria ser concebida mediante o exercício do poder entre os sujeitos, experimentado na política, pela liberdade dos sujeitos, participação e fundação da autoridade, calcada na observação da tradição.

Para Arendt, a liberdade é a possibilidade de recomeçar, de fazer o novo, de principiar a ação. Portanto, ela ocorre decorrente da natalidade, ao passo que o humano é inserido no mundo e sua configuração lhes é apresentada (ASSY, 2004). Já Freire (1999), a liberdade emerge dos modos de ser, dos caminhos percorridos pelo homem e toma significado nas histórias de vida e percursos que os mesmos escolhem para trilhar. Assim como a crítica, esta categoria é tratada como axioma pedagógico que se revela como ação nas relações internas dos seres, na posição da consciência humana por meio das interações sociais. Essa ideia em Freire só é verídica quando os homens e mulheres conseguem se perceber na arte de lutar para se tornar plenamente livres, momento em que a liberdade terá significação para estes.

A educação como prática de liberdade seria útil, não seria alienante e nem mesmo domesticadora de corpos dóceis, propondo-se a formar homens-sujeitos ao invés de homens-objetos, homens com capacidade de refletir sobre o mundo e fazer sua autoanálise também. A educação libertadora assume, portanto, a responsabilidade da conscientização dos povos, em sua dimensão ética, humana e digna.

Guimarães Rosa, a partir da história do pai que "só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais", nos propõe pensarmos a terceira margem como a busca constante, eterna, permanente, que se torna a própria vida. Ser a terceira margem é tornar-se sujeito da própria "busca por". Do mesmo modo, estamos aqui por meio de atravessamentos conceituais e metodológicos oriundos dos campos da Filosofia Política, da Educação e da Saúde Coletiva, pensando novas possibilidades para repensar e praticar a formação na saúde. A seguir, tecemos algumas apostas que podem ser úteis nesta busca, nesta navegação de margens outras que possibilitem itinerários formativos inovadores que tenham o cuidado como valor.

Terceira margem – "os tempos mudavam, no devagar depressa dos tempos": apostas para uma nova formação na e para a saúde

Em "tempos sombrios" na saúde, em que o SUS foi sitiado por um pragmatismo político preocupado com disputas de sentidos, com negação do passado e resistência na defesa de conquistas importantes no âmbito da reforma sanitária brasileira, parece-nos evidente que temos as condições para desresponsabilização sobre o cuidado oferecido à população e usuários em suas demandas por saúde.

As novas gerações de estudantes, futuros profissionais da saúde, encontram-se justamente imersos nesse mundo em ruínas. Ignora-se a dimensão da tradição, em que o educador, que segundo Freire tem como função apresentar e representar o mundo para as novas gerações, assim, encontrado enormes obstáculos a esse fazer (NASCIMENTO; AZEVEDO; GHIGGI, 2000). Daí surge a pergunta: *Como podemos dar a real consequência à afirmativa de que a educação é uma forma de intervenção no mundo?*

Transpondo esse nexo ideativo para a reflexão proposta nesse ensaio, a universidade não pode se furtar em formar profissionais éticos, incluídos no mundo a partir de suas próprias ações e imbuídos de um agir responsável com o sujeito e suas necessidades de saúde, com uma visão integral, o que, consequentemente, significa dizer sob a sua responsabilidade de cuidar do mundo.

Para transformar essa realidade, torna-se necessário estabelecer no agir em saúde um novo referencial para o plano epistemológico e axiológico, pautado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde (SILVA JÚNIOR; PONTE; HENRIQUES, 2005). Por esta ótica, parece-nos um bom marcador ético a compreensão do cuidado como valor do direito à saúde, pois o mesmo possibilita, enquanto um elemento da integralidade, o não distanciamento do cotidiano e da centralidade do usuário nas práticas de saúde (PINHEIRO, 2007). Desse modo, ressaltamos a relevância em se problematizar as práticas formativas buscando-se um agir em saúde compatível com pensar, o agir cuidador, assim como a responsabilidade como exercício da educação.

Não podemos negligenciar o fato de a universidade ter a responsabilidade de propor espaços para a formação, desenvolvendo novas articulações entre o tripé ensino, extensão e pesquisa, que incluam a responsabilidade do discente

em saber que suas intervenções afetam diretamente os modos de existir no mundo das pessoas que buscam assistência e, dessa forma, afetam a saúde de uma coletividade.

A liberdade, para o docente, poderia consistir em focar seu horizonte na *práxis* e na autonomia de modo a configurar a participação ativa dos educandos, amparado por uma formação crítica. Assim como, o usufruto das teorias críticas possibilitaria incitar a atividade de pensar e promover sujeitos inquietos, curiosos, propositivos e ativos, guiados por uma pedagogia problematizadora e crítico-social (BORILLE, 2012). Essas teorias propõem nos sujeitos a superação da consciência ingênua para aquisição de uma consciência crítica que reverbera na elucidação da dimensão epistêmica (PEREIRA, 2003). Nesse sentido, é possível cogitar a atuação docente através da mediação/facilitação do ensinar-aprender, competência ativa, que não se instaura na hierarquia em que um domine, ou esteja em evidência, e que outro seja dominado, ofuscado, mas uma abordagem dialética e horizontal. A mesma pode ser útil na interpretação de emoções, histórias, sentidos e vocábulos.

A mediação no processo de ensino é um recurso iminente e operante, em que sujeitos envolvidos na ação identificam o encontro dos saberes, buscam um entendimento ao delinear estratégias interventivas e compactuam direções e sentidos. Nestes movimentos, na imaterialidade de pensar saúde e no aproveitamento das técnicas e procedimentos, há a junção de propósitos que convergirão em resultados sincrônicos. É premeditada, mediada por equipamentos sociais, intuições, setores, fluxos, e contextos que potencializam encontros e alcance de objetivos (SANTOS; GERHARDT, 2015).

A formação em saúde deve ter o compromisso de oferecer situações concretas que possibilitem aos aprendizes experimentar a corresponsabilidade, não a restringindo meramente à observação da experiência na tentativa de localizar burocraticamente os conteúdos acumulados tidos como universais. Deve ser dada a possibilidade de pensar nas singularidades de cada caso, na relação dos usuários dos serviços de saúde com a vida (com o mundo) e na relação estabelecida a partir do cuidado entre educando e usuário. Oferecer uma transmissão pelo fazer, pelo contato, pela relação. Não estamos falando de uma transmissão pelo acúmulo de saber, pois, apesar de reconhecermos que os

conceitos, as teorias e os princípios são importantes e podem ser norteadores, as práticas pedagógicas deveriam articular integradamente a prática com a reflexão dessa prática.

Com isso, como apostar pelo entendimento do SUS pelos educandos, sobre quais sejam seus princípios, universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, por exemplo, sem nunca ter estado diante de um ensino problematizador, em cenas vivas, de usuários que demandem cuidados nos múltiplos cenários diversificados de aprendizagem existentes nos diferentes períodos do curso universitário? Dessa forma, o encontro dos estudantes com a prática do cuidado possibilita uma reflexão produtiva da teoria, desde que sejam oferecidos, conjuntamente, espaços de diálogos com os professores e preceptores de campo, que incluam reflexões sobre responsabilidade e julgamento (SILVEIRA; STELET; PINHEIRO, 2014).

A integração ensino-serviço-comunidade deve ser tensionada nos diversos dispositivos curriculares e extracurriculares, tais como os estágios supervisionados, as visitas técnicas, a projetos de extensão universitária, os projetos de intervenção, as devolutivas, dentre outros. Para que faça sentido, as articulações devem possibilitar que o discente, na composição de seu itinerário formativo, experiencie práticas usuário-centradas, com intervenções que visam atender as necessidades de saúde, o que qualificaria a assistência à saúde (ALBUQUERQUE, 2015). A crise na educação se instala justamente no momento em que o compromisso com o mundo comum parece deixar de fazer sentido – é o próprio espaço público que se encontra em crise, o que parece impossibilitar que seus habitantes se sintam parte dele e assumam responsabilidade pelo que têm em comum com outros.

Instigação também é o desfrute de metodologias participativas, que se destinam a análise e intervenção na realidade, nos atos *operandi* de discursos, importante na incitação de expressões e exercício da linguagem. Recomendam-se as rodas de conversas e exposição dialogada[13] para facilitar debates e fortalecer a dimensão política que em ato comumente são negligenciadas na formação acadêmica por alegação de não se configurar como competência pedagógica.

13 Metodologias como os painéis integrados, dado que estes concedem liberdade à vocalização, e aconchegam a todos em um mesmo nível de saber de modo a não ser excludente e injusta (PEREIRA, 2009).

As tecnologias relacionais são potentes entradas no campo formativo, já que estão intimamente imbricadas no desvelar da atitude libertária dos sujeitos, sendo estas favoráveis à aproximação de ações e pessoas que interatuam nesse meandro. As tecnologias de relações no cuidado se consubstanciam por meio do acolhimento, da interação/comunicação e do vínculo que deve ser estabelecido por meio do cuidado prestado pelos profissionais ou educadores e a participação do discente ou usuário nesse cuidado.

Nesse processo, estão envolvidos o diálogo, a escuta qualificada, os sentimentos, as emoções, as crenças, os valores e os saberes dessa relação mútua. O cuidado como fruto do pensar, que é interligado ao fazer e ao agir, ampara as práticas esperançosas no campo da saúde e remete à elaboração e disposição de atividades com e para os atores, que sejam percebidas como formas de mediação dos interesses e desejos (PINHEIRO, 2007). Abordagens grupais que normalmente favoreçam o despertar de habilidades e afetos são importantes tecnologias relacionais para serem exercitadas no processo formativo. É no grupo e com o grupo que há permuta de sentidos, saberes, favorecendo a construção e reconstrução histórica dos sujeitos envolvidos[14] (CARDOSO, 2011).

Vivências nos cenários diversificados de aprendizagem amparadas por momentos de reflexão possibilitam a transição da fala e circulação dos saberes entre o monitor/estagiário, professor/preceptor, coordenador/tutor e outros atores da instituição e serviço de saúde. A permuta de saber e a democratização da fala concretizam a aprendizagem no trabalho, no serviço como espaço vivo, que, em parceria entre os atores por meio de relações intermediadas pela interdisciplinaridade e intersetorialidade, transcendem um discurso excessivamente teórico-conceitual inoperante.

Partindo desta compreensão, apostamos na proposição da Educação Permanente em Saúde para conduzir a formação em saúde, sendo entendida como um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação na saúde em análise, sendo permeável às relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de

14 Como exemplos de abordagens grupais, há o Arco de Maguerez, o círculo de cultura, o psicodrama, as oficinas, o Teatro do Oprimido, entre outros.

sentidos dos atos produzidos no cotidiano. Esta corresponde aos processos de educação em serviço, de educação continuada e da própria educação formal dos profissionais comprometidas com a aprendizagem significativa (CECCIM, 2005). Deste modo, as estratégias de formação continuada no contexto da Educação Permanente na Saúde devem ser propostas visando à qualificação do cuidado, de modo que redirecione o olhar do trabalho autônomo e isolado, para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, assim como a visão individualizada do usuário como paciente para uma abordagem de sujeito, cidadão no seu contexto familiar e social (DITTZ et al., 2010).

Por fim, reforçamos o entendimento de que a formação em saúde intervém no mundo, intervém no imaginário coletivo e intervém na forma de existir nesse mundo. Isso carrega toda a responsabilidade que professores e profissionais da saúde devem ter diante dos graduandos em formação.

Apostamos que indivíduos com a capacidade de pensar preservam a possibilidade de testemunhar seus próprios atos, podendo julgá-los. Dessa forma, pode ser-do-mundo na dimensão da pertença a esse mundo, mantendo o compromisso com a coletividade a partir do reconhecimento de que o cuidado com o mundo e o bem-estar coletivo devem ser superiores aos interesses individuais (ASSY, 2004).

"Me depositem também numa canoinha de nada, nessa água que não para, de longas beiras": considerações finais

A reciprocidade epistêmica da filosofia de Hannah Arendt e de Paulo Freire nos permitiu o resgate e articulação dos conceitos de ambos para se refletir sobre a formação na saúde. Suas contribuições continuam atuais e relevantes, principalmente por serem dois autores que se preocupam em tematizar, problematizar e refletir o agir cotidiano, as nossas práticas.

Este ensaio não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas de pontuar questões que devem estar na agenda diária de nossas discussões no ambiente universitário e no próprio SUS, dado que os serviços e profissionais de saúde conforme afirmado acima também possuem grande responsabilidade na formação em saúde.

Para finalizar, longe de uma conclusão, tomamos a educação como ação de cuidado apenas na medida em que nos responsabilizamos pelo mundo. A formação em saúde é uma formação para cuidar do mundo, do mundo da saúde e da interface desse mundo com outros mundos, o que envolve as pessoas, o ambiente e as instituições. A formação é na *práxis* e para a *práxis*. Isso impõe a tomada de valores éticos que estejam vinculados ao direito à saúde.

Despedimo-nos aqui, desta navegação, relembrando a dimensão de cuidado que cada personagem do conto "A Terceira Margem do Rio" tinha para com o pai. Mesmo sem entenderem a obstinação do pai em decidir-se pela eterna navegação, os demais atores desta história continuavam cuidando dele, trazendo-lhe mantimentos, atualizando-o das novidades, mantendo o contato. Provocamos o leitor a pensar nestes gestos de cuidado e a buscarem refletir e assumir o seu lugar na canoa, como ensaiado pelo personagem-narrador no final do texto: "pai, o senhor está velho, já fez o seu tanto... Agora, o senhor vem, não carece mais... O senhor vem, e eu, agora mesmo, quando que seja, a ambas vontades, eu tomo o seu lugar, do senhor, na canoa!...".

Referências

ALBUQUERQUE, G.S.C et. al. Integração ensino/serviço/comunidade: a extensão como constituinte orgânico da formação universitária. *Revista Ciência em Extensão*, Assis, v. 11, n. 2, p. 151-160, 2015.

ALMEIDA, V.S. Educação e liberdade em Hannah Arendt. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 465-479, 2008.

_____. O amor ao mundo e às crianças: algumas reflexões sobre a resposta de Hannah Arendt à crise na educação. In: ENCONTRO & CICLO HANNAH ARENDT: POR AMOR AO MUNDO, 7.; 4., 2013, Londrina. *Anais...*, 2013. p. 320-333.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G. de; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Tradução Roberto Raposo. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

_____. *Entre o passado e o futuro*. Tradução Mauro W. Barbosa de Almeida. São Paulo: Perspectiva, 1979.

_____. *O que é política?* Tradução Reinaldo Guarany. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ASSY, B. A. *Ética, Responsabilidade e Juízo em Hannah Arendt*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

_____. Faces privadas em espaços públicos. Por uma ética da responsabilidade. In: ARENDT, H. *Responsabilidade e Julgamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

AZEVEDO, B.M. de S. et al . A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, 2013.

BORILLE, D.C. et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto & Contexto – Enferm*agem. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 209-216, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa da União*, Poder Legislativo, Brasília, 20 dez. 1996.

CARDOSO, A.; DALL'AGNOL, C.M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1412-1418, 2011.

CARVALHO, Y.M. de; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 137-170.

CECCIM, R.B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G. da (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 131-154.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CESAR, M.R.A.; DUARTE, A. Hannah Arendt: pensar a crise da educação no mundo contemporâneo. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 823-837, 2010.

DITTZ, E. da S. et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. da (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.179-190.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. *Pedagogia da Autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. *Pedagogia da Indignação*: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

LUZ, M.T. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. da (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p.395-406.

MOLL, J. *Caminhos da Educação Integral no Brasil*: direito a outros tempos e espaços educativos. Porto Alegre: Penso, 2012.

MÜLLER NETO, J. S. Gestão do cuidado e educação permanente sob o paradigma da linguagem e ao agir comunicativo. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Integralidade sem fronteiras*: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012.

NASCIMENTO, L.; AZEVEDO, G.; GHIGGI, G. O conceito de amorosidade em Freire e a recuperação do sentido de educar. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 8., 2013, Recife. *Anais...*, 2013. p. 1-10.

PEREIRA, A.L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, A.F. O uso de metodologias participativas na democratização do conhecimento: Avaliação de redes de referências na região Sul do Rio Grande do Sul. *Revista Extensão Rural*, Santa Maria, ano XVI, n. 18, p. 123-146, 2009.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 15-28.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p. 9-36.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005. p. 205-228.

SANTOS, V.C.F.; GERHARDT, T. E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1164-1179, 2015.

SILVA JÚNIOR, A.G. da; PONTE, A.L.M.; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). *Ensinar saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005. p. 93-110.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVEIRA, R.P.; STELET, B.; PINHEIRO, R. Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arendtiano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 115-126, 2014.

VICENTE, J.J.N. B.; LUZ, M.R. Arendt e a questão da responsabilidade. *Theoria – Revista Eletrônica de Filosofia*, Pouso Alegre, v. 6, n. 15, p. 118-128, 2014.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. do. *Fundamentos da nova educação*. Brasília: UNESCO, 2000.

Cenários de aprendizagem, estratégias e motivações para formação dos profissionais de saúde*

Gilson Saippa Oliveira
Lilian Koifman
Vivian de Carvalho Reis Neves

Introdução

Neste texto, problematizamos os processos de formação em saúde inseridos em nossa vivência de ensinar saúde. Fazemos coro com diversos atores que se dedicam a discutir e problematizar tais processos que, devido a sua complexidade e multiplicidade de determinações e condicionamentos, assumem uma abrangência que não se limita à aplicação de uma técnica pedagógica, adoção de metodologias ativas ou elaboração de desenhos curriculares.

Aliamo-nos às reflexões que identificam a necessidade de enfatizar o caráter reprodutor da escola enquanto espaço socialmente legitimado de valorização cultura dominante. Assumimos, porém, como imperioso formular alternativas de ação que produzam diálogos multivocais, no seu interior e em sua volta, capazes de afirmar valores identitários emancipadores

* Os autores elaboraram este texto a partir da exposição na mesa-redonda "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", apresentada no XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde – Edição Região Sudeste, de 19 a 22 de maio de 2015, no Rio de Janeiro, contando com apoio de OPAS/IMS-UERJ.

pautados numa constante dialética relacional (BOURDIEU, 1988; BOURDIEU; PASSERON, 2008; SANTOS, 1996).

A formação em saúde que buscamos encontra elementos na utopia proposta por Boaventura de Sousa Santos e busca valorizar a capacidade crítica e emancipadora onde pensamento e de ação estejam direcionados ao fortalecimento do SUS na sua dimensão de atributo indispensável e inalienável do direito à saúde (SANTOS, 1987; 1989; 2001). Esta perspectiva tem-nos orientado em diferentes espaços de atuação, seja na docência, orientação de trabalhos de iniciação cientifica, conclusão de curso de graduação e na pós-graduação; e nas relações produtivas que adotamos com diferentes atores da gestão, cuidado e controle social do SUS, a partir da construção de práticas reflexivas capazes de instaurar novas linhas de força em torno do tema, estimulando a reflexão crítica dos docentes, dos profissionais das redes de serviço e dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem (MORIN, 1999).

Por cenários múltiplos de aprendizagem compreendemos quaisquer espaços relacionais onde se mobilizam saberes, conteúdos trabalhados, estratégias pedagógicas que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações do trabalho em equipes de saúde e do cuidado, não se restringindo à apropriação de práticas centradas em procedimentos, que permanecem capturadas de sentidos e significados dos territórios nucleares das profissões isoladamente (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2006).

Estar em formação implica um investimento pessoal, um trabalho livre e criativo sobre os percursos e os projetos próprios, com vistas à construção de uma identidade profissional. Assim, a construção de práticas pedagógicas nesses cenários, orientadas e permeadas por perspectivas crítico-reflexivas, devem se organizar por um planejamento integrado (docentes, profissionais de rede SUS e discentes), consolidando um modo de formação centrado na escuta e na construção coletiva e na corresponsabilização, a partir do mapeamento das necessidades processos de gestão, cuidado e demandas dos usuários (NÓVOA, 2007).

A ação docente em tais espaços precisa ser problematizada para que se possa compreender a polissemia de sentidos sobre o exercício da docência e os saberes que a embasam - o chamado "momento pedagógico". Tal ação não se

restringe ao "didático", entendido como uso correto e adequado de técnicas e de modelos pedagógicos de ensino e aprendizagem, mas emerge como resultado da sua inserção num contexto que se expressa na dimensão cultural implicada na sua prática, que é tensionada pela cultura e pelas interações sociais vividas no interior das instituições de formação e do cuidado (LUCARELLI, 2000).

Nosso ponto de partida

Buscando colaborar com a reflexão e contribuir com o debate citado, neste artigo apresentamos os resultados preliminares de um processo de investigação em curso que se iniciou no ano de 2011 quando da realização de um projeto de Iniciação Científica, contemplado com Bolsa PIBIC (CNPQ/UFF). A pesquisa buscou identificar as interações dialógicas produzidas no cotidiano do trabalho docente e explicitar as implicações para a formação dos profissionais fonoaudiólogos a partir do seguinte questionamento: que saberes docentes circulam no curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) quando estes são confrontados com os desafios de uma formação em cenários diversificados de aprendizagem? Tal pergunta encontrou em De André (2001) seus fundamentos, pois o objetivo era compreender a prática escolar nas suas múltiplas determinações, valorizando a reconstrução de linguagens, formas de comunicação e os significados que são criados e recriados no cotidiano do fazer pedagógicos que ganham formatos nas diferentes situações do cotidiano escolar.

Amparados ainda em De André (2001), valorizamos e orientamos nossa interlocução com as narrativas aqui apresentadas pelo fato de que, para se apreender o dinamismo próprio da vida escolar devemos levar em conta três dimensões analíticas: 1) a institucional ou organizacional; 2) a instrucional ou pedagógica e por último a sociopolítica/cultural. Para a autora e para fins deste trabalho, essas três dimensões não podem ser consideradas isoladamente, mas como uma unidade de múltiplas inter-relações, através das quais se procura compreender a dinâmica social expressa no cotidiano escolar.

Contexto institucional/organizacional

O Curso de Fonoaudiologia da UFF, localizado no município de Nova Friburgo, região serrana do Estado do Rio de Janeiro, é o segundo curso

oferecido por instituição pública no estado e o único oferecido naquela região. Os demais cursos estão assim distribuídos: oito na região metropolitana e mais 3 (três) no interior do estado (UFF, 2009). A população estimada, para o ano de 2016, era de 182.082 habitantes (IBGE, 2016).

A implantação do Curso de Fonoaudiologia em Nova Friburgo, com oferta de 35 vagas anuais e 4.500 horas de disciplinas teórico-práticas, busca responder a tais desafios, ao propiciar um processo de interiorização responsável e regionalmente orientado de um ensino público de qualidade. Tem por objetivo formar profissionais capazes de lidar com as novas formas de organização da atenção à saúde, voltados para a inserção num mercado de trabalho altamente competitivo e respondendo com o potencial de conhecimentos necessários ao desenvolvimento de uma sociedade mais humanizada e globalizada (UFF, 2002; UFF, 2009).

Destaca-se no seu Projeto Pedagógico a inserção do aluno, desde o primeiro período, em diferentes cenários de prática, através das disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado em Fonoaudiologia, com 360 horas (13% da carga horária de disciplinas obrigatórias). Esse aspecto é fundamental não só para o conhecimento das diferentes áreas de ação do fonoaudiólogo, mas para que o aluno possa aprender a fazer, a conviver e a desenvolver habilidades e atitudes pertinentes à sua atuação profissional (UFF, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais em Fonoaudiologia apontam a necessidade de uma prática profissional integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde vigente, sendo imprescindível a formação para a capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles, tanto em nível individual como coletivo (ALMEIDA, 2003).

Diante desses desafios, o curso de Fonoaudiologia da UFF almeja preparar o estudante para uma nova metodologia de aprendizagem, na qual a Universidade fornece os cenários adequados, mas ele é o protagonista do processo. A partir da integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços de saúde, levam-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação em saúde (UFF, 2009).

As disciplinas de Trabalho de Campo Supervisionado em Fonoaudiologia (TCS), juntamente com os Estágios Obrigatórios, constituem importantes elos entre a teoria e a prática. Somadas, representam 35% da carga horária obrigatória do curso e valorizam, em sua estruturação e implementação, a consolidação de diferentes cenários de aprendizagem, onde o formando assume papel de sujeito da aprendizagem, tendo o docente como facilitador do processo ensino-aprendizagem.

A fim de efetivar um processo de aproximação responsável com a Rede de Cuidados do SUS de Nova Friburgo, firmou-se inicialmente um convênio de cooperação técnico-científica com o município. Esse convênio garantiria a institucionalização das relações entre a atuação de supervisores/orientadores de diferentes áreas e os diferentes pontos da rede de atenção à saúde do município, em negociação constante com gestores e trabalhadores de cada cenário de práticas. São desenvolvidas, atualmente, junto a unidades de atenção básica, policlínicas de saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII), além de domicílios com inserção no serviço hospital-lar, clínica-escola, escolas, gestão de programas de saúde de interesse fonoaudiológicos (Programa de Controle do Tabagismo).

Uma das características centrais deste processo de aproximações reside na valorização da produção de um novo "fazer sanitário", onde prevaleça o protagonismo dos sujeitos envolvidos, revelando e potencializando a dimensão humana intrínseca a toda prática de saúde (PASCHE, 2005). Como eixo organizador destas práticas e processos de *ensinagem*, valoriza-se a função Apoio, enquanto categoria operatória que se constrói na perspectiva de produção de espaços dialógicos (internos e externos), orientados para a produção de transformações dos processos de saberes e fazeres sobre o trabalho, a formação e o cuidado em saúde (PIMENTA; ANASTASIOU, 2005).

Itinerário investigativo

O projeto que ensejou o referido plano de análise foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF em dezembro de 2011 (CAAE: 0442.0.258.000-11). No plano de análise, os docentes universitários foram entendidos como agentes sociais, profissional e culturalmente situados, capazes de revelar em suas práticas os condicionantes de

suas ações, a partir da valorização das mediações que os mesmos estabelecem entre seus núcleos de relações.

O itinerário investigativo se orientou por movimentos teórico-empíricos, descritivos, tendo por referência a utilização de uma abordagem qualitativa de cunho hermenêutico[1] apoiada em consulta a documentos e realização de entrevistas semiestruturadas. Buscou-se compreender, apreender e explicitar quais são as estratégias adotadas pelos docentes quando estabelecem relações de aproximação com os objetivos das disciplinas, os tempos escolares, a realidade e tempos institucionais dos diferentes cenários de aprendizagem (BOURDIEU, 1968; MINAYO, 1994).

Foram considerados atores-chave os docentes que exercessem suas atividades em disciplinas teóricas e de campo supervisionado, principalmente aquelas oferecidas em cenários diversificados (unidade básica de saúde, escola, creches, conselho municipal de saúde, unidade hospitalar, gestão do SUS e outros), em regime de 40 horas em formato de Dedicação Exclusiva (DE).

Identificou-se, no momento da realização do campo dessa fase da pesquisa (entre os anos de 2011 e 2013), nove docentes potencialmente elegíveis. Cinco se enquadraram nos critérios de inclusão definidos e aceitaram participar dos processos de entrevista, que combinaram perguntas abertas e fechadas, permitindo que os informantes discorressem sobre o tema proposto. Os pesquisadores seguiram um conjunto de questões previamente definidas, mas num contexto semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas ocorreram nas dependências da UFF *campus* Nova Friburgo, com tempo médio de duração de 35 minutos. Entretanto, o movimento para início da gravação desprendia mais tempo, visto que os professores liam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), faziam seus questionamentos a fim de sanarem dúvidas e ainda preenchiam a ficha que auxiliava a identificá-los no processo de análise documental.

1 Na busca do sentido da ação, não como uma interpretação em busca da validade causal, pois se entende que manifestações tidas como "iguais" ou "semelhantes" podem apoiar-se em conexões de sentido muito diversos para o sujeito ou sujeitos frente a situações que por vezes julgamos semelhantes entre si. A busca e interpretação das narrativas aqui apresentadas foi realizada por movimentos de interpretação e reinterpretação sucessivos, por vezes contraditórios e desconexos, das diferenças e semelhanças de pontos de vista, trajetórias de vida e profissional dos docentes investigados, que foram transformados num conjunto de sínteses provisórias elaboradas a partir das referências teóricas expressas no texto (WEBER, 1984).

Análise e compreensão das narrativas

As interpretações das informações coletadas, em todos os momentos da pesquisa, tomaram por referência a realização de procedimento sistemático de sumarização, explicação e estruturação como forma de produção de inferências analíticas. Estas, posteriormente, foram confrontadas com as categorias de análise de forma a responder aos objetivos gerais e específicos propostos.

A familiaridade com o ensino e a necessidade de construir pontes com a prática pode ser identificada com o movimento que produz maior preocupação dos docentes, comprovada na seguinte fala: "nesse aspecto [...] onde eu acho que me sinto mais confortável hoje. É onde hoje, eu tenho mais trabalhado [...] aqui que está a minha prioridade" (Docente 3).

Com relação às mediações/relações a partir da participação desses docentes em espaços de negociação dos processos de formação (colegiado de curso, câmaras técnicas, núcleo docente estruturante, grupos de discussão e fóruns regionais ou nacionais), todos os docentes participam ao menos do colegiado de curso e se mostram ativos em se dedicar a esses ambientes pensando em contribuir positivamente para a formação de seus alunos.

Os dispositivos pedagógicos utilizados nessa mediação se dão através de intervenções e reflexões que tenham origem no próprio processo de formação, como pode ser demonstrado abaixo, quando os docentes pensam no seu processo de formação:

> Existe uma concepção de que o conhecimento se acumula [...]. Eu acho que não, acho que é mais por ruptura, se você não questionar o saber que já é dado você não vai construir outro. (Docente 5).

> [...] a primeira vez que eu ouvi falar do TCS eu pensei "eu acho que se eu tivesse tido isso eu teria tomado um outro rumo". Teria tido consequências diferentes para as minhas escolhas, como eu decidi exercer a profissão. Eu penso isso em relação aos alunos também. (Docente 5).

> A reflexão sobre algumas deficiências que eu tive na minha formação eu quero sanar para não ter na dos meus alunos. (Docente 1).

A preocupação com o processo de ensino e o método de trabalho também se reflete a partir do uso de outro dispositivo pedagógico, percebido no

questionamento aos docentes através da utilização de materiais didáticos variados que estimulem o protagonismo dos discentes. A partir desta pauta discorrem os docentes:

> [...] tento. Eu não sei se eu sempre consigo [...] me preocupo com isso, de buscar uma aula em que esse aluno tenha voz [...] espaço para que esses alunos se coloquem, façam perguntas, coloquem suas experiências. Isso é uma coisa que chega a me afligir [...] (Docente 3).

> [...] os alunos aprendem a serem profissionais. Os alunos então já podem ter atitudes profissionais desde agora. (Docente 1).

> A gente aprende com os erros e vai tentando acertar. [...] por mais que a gente já tenha dado uma disciplina, a tendência é que a gente reflete sempre assim: será que eu poderia ter otimizado mais ou não a participação do aluno? (Docente 4).

Quando questionado sobre quais seriam os materiais didáticos utilizados para favorecer este protagonismo dos discentes, um docente que já havia afirmado que realiza esse movimento de "tentar promover uma postura mais proativa", faz a seguinte ponderação:

> Na verdade, eu acho que não são materiais que fazem a diferença, acho que o que faz diferença é a postura do professor. Eu acho que o professor pode estar dando uma aula expositiva com data show (essa aula bem tradicional), mas ao mesmo tempo deixar espaço para que os alunos se manifestem. [...] eu acho que o negócio é quebrar o raciocínio. [...] eu acho que uma coisa que a gente tem que fazer é criar questões que são instigantes para os alunos, por que se os alunos têm questões instigantes eles vão participar (Docente 3).

Os docentes revelam utilizar diferentes dispositivos pedagógicos ao promoverem a orientação do processo de ensino por uma perspectiva de trabalho em equipe e de atividades coletivas de aprendizagem, como pode ser verificado nas seguintes falas:

> Eu gosto também do trabalho em sala de aula feito em grupo e com o meu auxílio, porque eu acho que é a oportunidade de ter aquela troca que na aula teórica não tem, porque eu fico ali falando. Coloco todo mundo em grupo e vou lá em cada grupo para tirar a dúvida, é o momento que eu tenho de sentar com o aluno e responder, ter aquela troca entre eu e o aluno, onde eu vou responder a dúvida. (Docente 5).

> Atividades de grupo sempre estão presentes [...] é importante que o aluno tente trabalhar coletivamente, porque quando ele estiver na realidade do serviço [...] ele vai ter que ter interlocução com os outros profissionais. [...] não é um processo fácil lidar com as diferenças, saber que eu vou ter uma opinião e que a opinião do grupo vai ser diferente e que eu vou ter que acatar a opinião da maioria, mesmo entendendo que eu talvez teria tomado um outro caminho. No serviço vai ser exatamente isso e esse processo é muito difícil. Isso é fundamental no processo de formação deles, enquanto profissionais de saúde. (Docente 4).

Na tentativa de compreender ainda mais o processo de trabalho dos docentes na formação de seus alunos, um segundo grupo de perguntas foi realizado. Buscava-se identificar e compreender, então, as estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes - ou seja, as propostas para subsidiar seu planejamento didático e os elementos teórico-metodológicos que norteiam o plano de ensino.

Quando se analisam os questionamentos sobre como ocorre a definição das estratégias didático-pedagógicas para cada cenário, relatam-se tais estratégias a partir dos seguintes fragmentos de narrativas:

> A primeira coisa que a gente faz é sempre um diagnóstico situacional, seja conversando com os atores sociais, pesquisando documentos [...], fazendo entrevistas. A partir deste diagnóstico está aberta a rodada de conversa [...] e a partir disso, o que a gente pode fazer juntos? Aí a gente trata as metas de ação. (Docente 3).

> Depende muito da disciplina, [...] a principal estratégia do TCS eu acho que é essa: valorizar as vivências e colocar as discussões ou as apresentações e mais alguma coisa para virem depois das vivências. Embora você tenha que dar alguma orientação para o aluno, para ele também não chegar lá completamente perdido. (Docente 5).

O plano de ensino é elaborado pensando-se nos objetivos de cada disciplina e enumerando com detalhe o que será ministrado, sendo, portanto, referência das atividades no processo de ensino-aprendizagem. As falas a seguir mostram quais são esses elementos teórico-metodológicos que norteiam o plano de ensino das disciplinas.

> Isso vai variar de acordo com a disciplina. [...] acabo recorrendo mais a documentos oficiais [...]. Acho que documentos de Conselhos, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Legislações voltadas para a profissão, ou materiais do Ministério da Saúde. (Docente 4).

> O que eu penso para determinar meu plano de ensino: primeiro, questões didáticas. Então eu estudo muito didáticas do ensino superior, eu estudo muito a questão da interação professor X aluno em sala de aula, a questão de como é que eu posso motivar esse aluno a construir conhecimentos. Esse é meu viés teórico, além do conteúdo propriamente dito. E metodologicamente, eu acho que o que eu tento fazer é estar antenada com o que a literatura diz que tem que funcionar, com a interlocução com os colegas, para ver o que cada um tem feito, o que está dando certo ou não e com a minha própria prática. (Docente 3).

A inserção dos alunos nos variados cenários de aprendizagem garante o contato com diferentes saberes e permite ao aluno perceber os aspectos iguais e os que se diferem entre teoria e prática. Garante uma aprendizagem baseada no real, onde o aluno saberá onde aplicar todos os conhecimentos aprendidos e, por sua vez, fugindo de uma formação alienada, onde o aluno apenas imagina como funcionam os serviços. Entretanto, estabelecer o contato com os agentes inseridos nos campos de prática nem sempre é uma tarefa tranquila. Logo, para a compreensão do ensino, procura-se saber como acontece este contato entre docentes e agentes de prática. Dois dos docentes entrevistados afirmam que não são eles os responsáveis por esta interlocução.

> Eu nunca fiquei responsável pelo contato (Docente 5).

> Essa interlocução era via professores que atuam na Saúde Coletiva (Docente 4).

> Um dos docentes entrevistados demonstrou uma fala voltada para o futuro, pois dirigiu seu pensamento para as disciplinas que ainda ocorrerão no campo. Assim afirma:

> [...] os contatos, eles na verdade, vão ser feitos no corpo a corpo mesmo. O que nós pretendemos fazer é entrar em contato e fazer parcerias para que os nossos alunos possam frequentar os estabelecimentos que propiciem a eles com o que será o mercado de trabalho para ele; o que será o sujeito com quem eles vão atuar. (Docente 2).

Há docentes, no entanto, que intervêm ativamente no contato com os agentes do campo, como podemos capturar na seguinte fala:

> [...] os contatos com os agentes do campo partem, a princípio com o contato com os gestores. Marco uma reunião com o setor desejado, apresento o curso de fonoaudiologia, o projeto referente ao campo, nossas demandas, possíveis contrapartidas, etc. Em seguida, de uma maneira geral, é marcada uma nova

> reunião com a subsecretária que autoriza ou não as ações dentro dos espaços educacionais. Caso haja um aceite, o próximo passo é a apresentação junto à escola ou creche. Inicialmente a conversa é com a diretora, coordenadora, mas, em um segundo momento nos reunimos com todos os atores sociais envolvidos para nos apresentarmos e discutirmos o que faremos naquele espaço. (Docente 3).

Os resultados

A análise das entrevistas mostrou a disposição dos docentes frente a suas práticas, considerado elemento paradoxal por ser relatado como lugar de conforto, preocupação e angústia, como se percebe nas falas dos docentes entrevistados. Todos afirmaram viver algum dilema na sua prática devido à relação entre espaços de formação e serviços no SUS; acreditam que isto ocorre pela falta de comunicação entre os dois setores, e mesmo de compreensão.

Os docentes entrevistados compreendem as implicações, a importância que a atividade de um campo possui no outro. Relatam que identificar os dilemas é importante, mas que é fundamental compreender quais são as estratégias que eles buscam para superar tais dilemas. Para isso, eles buscam criar um vínculo com o serviço através de uma relação cordial e responsável.

Os docentes dizem não realizar pactos e negociações com os agentes que se encontram inseridos em unidades de produção de cuidado, assim como a maioria não participa de grupos de discussão e pesquisa sobre a produção do cuidado em saúde. Entretanto, todos os profissionais reconhecem a importância de incluir o tema do cuidado em suas aulas, e fazem com que ele esteja sempre presente na prática do futuro profissional, mesmo quando a aula ministrada inclui a execução de uma técnica ou um procedimento.

O cuidado também foi percebido na fala dos docentes através de sua preocupação em elaborar a aula, quando desejam fazer com que os alunos ocupem uma posição ativa e crítica no seu processo de formação e consequentemente, pensem em que profissional de saúde deseja ser. Um dos docentes afirmou inclusive ter a sensação de que a qualquer momento da aula um aluno lhe perguntará se ele pediu alguma informação a respeito.

As informações coletadas pelos docentes nos cenários diversificados produzem a reflexão do seu processo de trabalho, inclusive, segundo um deles, na forma

em que planejará a aula. E através de erros e acertos cometidos, relatam também que não se trata de algo fácil e automático, mas algo que requer tempo.

Uma ponderação com relação à inserção dos alunos nos cenários foi feita considerando as dificuldades encontradas nesse processo de inserção, que pode ocorrer já no início da graduação. Afirma o docente:

> Eu acho que a minha maior dificuldade não é nem com o serviço, é porque tem um triângulo ali no meio: sou eu, o serviço e os alunos. Com o serviço é lógico que tem dificuldades, por exemplo, dessa interação, essa aceitação do espaço, entender que a gente não está indo ali invadir ou checar. Isso é difícil, mas de certa forma eu estou preparada. Eu já tenho uma experiência de trabalho que me permite isso. Então o que eu acho mais difícil é acalmar a ansiedade desse aluno que quer chegar lá fazendo [...]. Se ele puder chegar lá e já fazer terapia, é isso que ele quer. A minha maior dificuldade, então é fazer essa mediação, de acalmar os ânimos dos alunos. (Docente 3).

Considerações finais

Após a realização desse movimento de entrevistas, identificamos que valorizar os componentes socioculturais dos saberes que informam e orientam as práticas docentes é um dispositivo central para as análises sobre implementação de projetos pedagógicos que se querem orientados por valores emancipadores e condizentes com uma formação para o SUS e organizada a partir dos seus princípios ético-políticos. Valorizar o que cada docente considera mais importante em sua atividade nos permite refletir sobre o que julgavam fundamental apresentar a seus alunos, futuros profissionais de saúde em formação.

Foi nesse processo de reflexão que as angústias apareceram. Tais preocupações surgem da vontade de promover ao aluno o saber de maneira interessada e crítica, na qual ele seja pró-ativo, e não um mero expectador da sua formação.

Deve-se considerar que todos os entrevistados acreditam que a inserção dos alunos nos cenários diversificados ajuda a romper a dicotomia que existe entre teoria e prática na concepção dos alunos, ao permitir que eles construam seus conhecimentos baseados na realidade de cada cenário, direcionando o olhar. Isto permite ao aluno compreender, já na graduação, a realidade dos cenários que atuará depois de formado.

A constante reflexão sobre sua formação e a utilização de materiais didáticos que favorecem o protagonismo dos discentes também são processos que envolvem a formação dos alunos. Um dos docentes afirmou, no entanto, que do seu ponto de vista não são simplesmente materiais os responsáveis por esse protagonismo, mas a postura do professor. Este é o responsável por incentivar seus alunos a participarem ativamente das aulas, promovendo debates sobre temas significativos. Os docentes também procuram promover trabalhos e outras atividades coletivas para que os alunos já aprendam a lidar com o outro, pois esta é a realidade do serviço, do seu cotidiano futuro de trabalho.

Os relatos acima nos possibilitam compreender e valorizar a dimensão do cotidiano dos processos formativos, muitas vezes desconsiderados quando da elaboração dos projetos pedagógicos dos cursos e de sua posterior implementação, seja pela gestão central das instituições de ensino ou pelas gestões locais em seus respectivos espaços de deliberação (colegiados de curso, núcleos docentes estruturantes e coordenações).

Aliados à perspectiva de Antonio Nóvoa, consideramos que os processos formativos devem orientar-se não só por uma perspectiva crítico-reflexiva do aluno, mas fornecer aos professores os meios de um pensamento autônomo que facilitem as dinâmicas de sua formação.

Os espaços de interlocução e deliberação institucional dos cursos devem servir enquanto dispositivos de aproximação de saberes que permitam construir imaginários de formação. Estes devem tanto se orientar por um investimento pessoal, por um trabalho livre e criativo sobre os percursos e os projetos próprios, com vistas à construção de uma identidade, e também possibilitar o surgimento de projetos coletivos criativos. Devem ter como referencial teórico e operativo o entendimento de que os processos de formação e do cuidado em saúde, desenvolvidos por fonoaudiólogos em qualquer ponto da rede de cuidados, devem estar centrados na potência da ação coletiva dos grupos, de sua capacidade de interagir e se relacionar, sem que com isso faça desaparecer as individualidades e as autonomias.

Referências

ALMEIDA, M. (Org.) *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina:, Rede Unida, 2003.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n. 1(3), p. 68-80, jan-jul 2005.

BOURDIEU, P. A Escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Orgs.). *Escritos de educação*. Petrópolis, Vozes, 1998. p. 75-89.

_____. Campo intelectual e projeto criador. In: _____. C*oletânea de Artigos da Revista Les Temps Modernes, Paris, França, nº246*. Problemas do Estruturalismo. Rio de Janeiro: Zahar, 1968. p. 105-146.

_____. *Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. *Homo Academicus*. Califórnia: Stanford University Press,1988.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.C. *A reprodução*: elementos para uma teoria do sistema de ensino, Petrópolis: Vozes, 2008.

DE ANDRÉ, M.E.D. *A etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Rio de Janeiro - Nova Friburgo-infográficos*: dados gerais do município. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 ago 2016.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção do conhecimento em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; CECCIM, R.B. (Orgs.). *Ensinar Saúde*: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 111-130.

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, p. 61-74.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORIN, E. Possibilidades e limites do conhecimento humano. In: _____. *O Método 3*: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999. p. 224-261.

NÓVOA, A. Os professores e as histórias da sua vida. In: _____. *Vidas de professores*. Porto: Porto Editora, 2007.p. 11-30.

PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde. In: PASCHE, D.F.; DA CRUZ, I.V.M. (Orgs.). *Saúde Coletiva*: diálogos contemporâneos. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. p. 93-110.

PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G. *Docência no Ensino Superior*, v. I São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, B. de S. *A crítica da razão indolente contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Da ideia de universidade à universidade de ideias. In: _____. *Pela mão de Alice*: o social e o político na pós modernidade. São Paulo: Cortez, 1996. p. 187-234.

_____. *Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. Um *discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. P*rojeto Pedagógico do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal Fluminense*. Niterói, 2009. 178 p. Mimeo.

_____. *Projeto Pedagógico Institucional*. Niterói, 2002. 29 p. Mimeo.

WEBER, M. Conceptos sociológicos fundantes. In: _____. *Economia y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Economica, 1984. p. 5-45.

Vulnerabilidades e agir comunitário em três territórios: periferia urbana, o semiárido e aldeias indígenas*

Leny Alves Bonfim Trad
Janaína Braga de Paiva
Marie Agnes Aliaga
Léo Pedrana
Ana Clara Rebouças Carvalho

Introdução

Neste capítulo coloca-se em primeiro plano o agir comunitário frente a condições de vulnerabilidade social. A análise procura elucidar e problematizar facetas contemporâneas da vida em comunidade, focalizando territórios diversos que têm em comum a convivência com situações adversas. O texto reúne evidências e reflexões derivadas de três pesquisas que abordam territórios baianos com diferenças marcantes: uma zona urbana da capital, mais especificamente um bairro popular com tradição em mobilização comunitária; uma comunidade de famílias agricultoras do semiárido, região que sofre historicamente com a seca; e uma aldeia de índios pataxós, situada no sul da Bahia, que tem vivenciado os impactos danosos – em termos ambientais, socioculturais, epidemiológicos e sanitários – do modelo de desenvolvimento e de

* Os autores elaboraram este capítulo exclusivamente para atender à demanda do XVI Seminário Nacional do Projeto Integralidade e Ciclo de Debates FASA - Edição Região Nordeste, que teve como tema central "Vulnerabilidade, Direito Universal à Saúde e Mobilização Social". O evento foi realizado de 22 a 23 de outubro de 2015, na cidade de Salvador-BA, e contou com apoio de FASA-ISC-UFBA/ LAPPIS. A pesquisa que deu origem ao texto foi financiada pelo Edital CNPq/MS/ SCTIE/DECIT/ SGEP/ DAGEP/2014.

urbanização imposto ao seu território, fortemente orientado por interesses turísticos e comerciais.

A descrição e discussão dos três estudos, ainda que sucintas, propiciam, por uma parte, a reflexão sobre algumas questões relativas à noção de comunidade que tem mobilizado a cena acadêmica na atualidade. Por outra parte, contribuem para trazer à tona abordagens sobre vulnerabilidade, um tema cujo destaque apresenta flutuações na produção na Saúde Coletiva. Os dados apresentados permitem, sem dúvida, identificar as três dimensões propostas por Ayres et. al. (1999) para análise da determinação da vulnerabilidade no campo da aids: social, programática ou institucional e individual.

São, todavia, mais contundentes as evidências que reiteram a tese de que a vulnerabilidade que afeta o ambiente e a vida em sociedade "deriva das opções de desenvolvimento econômico e tecnológico, do poder exercido pelos seres humanos sobre outros ou sobre o funcionamento da natureza, que reage e intervém nos ciclos da vida humana e não humana" (PORTO, 2007, p. 158). Tal posição se insere em um quadro mais amplo de uma linha de pensamento e de pesquisa situada na interface Saúde e Ambiente. A produção filiada a esta vertente tem contribuído para aprofundar o debate sobre as potencialidades, limites e paradoxos do conceito de vulnerabilidade a partir de duas questões centrais: 1) "o contexto histórico dos conflitos ambientais que se encontram por detrás das vulnerabilidades sociais e ambientais em territórios específicos", vistos em uma relação dialética; 2) "a importância de as populações ditas vulneráveis assumirem o seu papel de sujeitos coletivos ativos de transformação da sua própria condição de vulnerabilizados" (PORTO, 2011, p. 31-32). Ambos os aspectos são evocados de forma mais ou menos explícita nos três casos aqui analisados.

Interessa destacar uma terceira perspectiva, praticamente desconhecida no campo da Saúde Coletiva. Trata-se do modelo de análise de vulnerabilidade social proposto por Kaztman (2000). Uma proposta inspirada no trabalho da antropóloga Carol Moser (1998), mas que avança em relação a este, ao considerar tantos os *ativos* (recursos e estratégias), quanto a *estrutura de oportunidades*. Os *ativos* correspondem ao conjunto de recursos, tangíveis ou intangíveis, que são controlados por indivíduos e famílias, e cuja mobilização permite melhorar sua situação de bem-estar, evitar a deterioração de suas

condições de vida ou diminuir sua vulnerabilidade (KAZTMAN, 2000, p. 294). A *estrutura de oportunidades,* por sua parte, diz respeito às fontes de renovação e acumulação dos ativos necessários para participar plenamente da sociedade (KAZTMAN; FILGUEIRA, 2006).

Retomando o tema da comunidade, compartilha-se do entendimento que, se é possível defini-la sob múltiplas óticas, torna-se imperativo situar sempre as condições específicas de seu uso (PAIVA, 1998). Neste sentido, é importante esclarecer que não é objetivo deste trabalho perfilar os múltiplos aspectos que podem ser mobilizados no debate sobre comunidade, nem tampouco enveredar pela análise exaustiva das controvérsias epistemológicas que o tema suscita no campo das ciências sociais. A intenção consiste, basicamente, em desvelar as potencialidades analíticas desta categoria em sua interface com a questão da vulnerabilidade. Situando o olhar em uma posição flutuante que ora observa o caso particular, ora transita entre eles, é possível aproximar-se de múltiplas dimensões da vida em comunidade, detendo-se particularmente na capacidade ou modos de atuação comunitária.

Dar visibilidade analítica à estrutura comunitária implica o "reconhecimento de que se lança mão duma instância propiciadora de pertencimento e comprometimento com o território" (PAIVA, 1998, p. 138). Ainda que o interesse, aqui, se dirija muito mais para a agência comunitária do que para sua estrutura, não podemos passar ao largo de alguns posicionamentos que interrogam o caráter tácito desta afirmação. Cabe reconhecer, por certo, que processo incessante de ressignificação sobre comunidade se faz presente tanto no campo das representações sociais, quanto no espaço concreto de organização e atuação de determinados grupos sociais (FRÚGOLI JR., 2003; p. 108).

Castells (1999) questiona fortemente a tese de que contextos locais induzam ou determinem, por si só, um dado padrão de comportamento ou uma "identidade distintiva". Ao discutir processos de socialização, considerando a realidade de vilas ou bairros suburbanos, ele ressalta que nesses ambientes as "identidades locais entram em intersecção com outras fontes de significado e reconhecimento social, seguindo um padrão altamente diversificado" (p. 79). Por outro lado, ele reconhece que dita identidade pode ser fomentada graças ao envolvimento em processos de mobilização social, através dos quais "são revelados e defendidos

interesses em comum, e a vida é, de algum modo, compartilhada, e um novo significado pode ser produzido" (CASTELLS, 1999, p. 79).

Bauman (2003, p. 7), apesar de ressaltar as contradições que cercam a ideia de comunidade, revisitando tanto visões idílicas do passado, quanto perspectivas mais atuais, que acentuam as contradições entre segurança e liberdade, admite que é bom "ter" ou "estar" numa comunidade, o que quer que "comunidade" signifique. Para ele, o ponto de partida para forjar a união comunitária, aquilo que precederia os acordos ou desacordos, é o entendimento comum. Algo que não é passível de se reproduzir artificialmente, pois se expressa de modo intuitivo, de forma tácita.

Em suas idas e vindas em torno das vicissitudes da comunidade em tempos globalizados, Bauman (2003) aborda precisamente a questão do compromisso com o coletivo e a superioridade deste princípio sobre o agir individual, acrescentando um ingrediente especialmente desafiador: a igualdade. O autor conclui que os indivíduos, em sua maioria, só serão capazes de gerenciar e fazer frente aos desafios de sua existência vinculando-se a uma comunidade na qual exista a "responsabilidade em relação aos direitos iguais de sermos humanos e igual capacidade de agirmos em defesa desses direitos" (p. 134). Em que pese a constatação de que esta imagem de comunidade possa ser mais utópica do que aquela que ele procura desmistificar, ela tem servido de horizonte nas pautas contemporâneas de emancipação e de justiça social.

Por fim, revela-se especialmente oportuno para o presente trabalho levar em conta um dos achados do trabalho etnográfico desenvolvido por Frúgoli Jr. (2003, p. 108), que demonstra que a noção de comunidade é também mobilizada enquanto estratégia discursiva articulada a determinadas práticas concretas, e vinculadas, com certa frequência, a objetivos políticos difusos ou bem definidos.

(In)segurança alimentar e nutricional em uma comunidade urbana de Salvador: estratégias de enfrentamento desenvolvidas por líderes e moradores

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), em 2006, define a Segurança alimentar e Nutricional (SAN) enquanto um direito universal

"ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais". A SAN deve ser baseada em "práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis" (BRASIL, 2006). Para além das redes complexas de causalidade que atravessam vários campos de saberes e setores de atuação, importa compreender a SAN como objeto de direito (LEÃO, 2013; FREITAS; PENA, 2007).

O próprio uso do termo "segurança" remete à reflexão de R. Castel, o qual o define como "as relações aos tipos de proteções que uma sociedade garante, ou não garante, de maneira adequada" (CASTEL, 2003, p.7). Sobre as implicações da insegurança no coletivo e nas possibilidades de enfrentamento, Castel ainda ressalta que "a insegurança social age como um princípio de desmoralização, de dissociação social, como um vírus que impregna a vida quotidiana, dissolve os vínculos sociais e enfraquece as estruturas psíquicas dos indivíduos" (CASTEL, 2003, p. 29, tradução nossa). Assim, falar em "segurança" abre o campo semântico da SAN para outros termos, entre eles contrato social e proteção (FREITAS; PENA, 2007).

A experiência em foco neste tópico se deu no âmbito de uma pesquisa-ação, desenvolvida junto a moradores e líderes comunitários da região de Pau da Lima, situada no município de Salvador, entre 2014 e 2017. O projeto objetivou construir uma ação coletiva para a promoção da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) na região. Adotou-se neste projeto a abordagem da pesquisa-ação tal como concebida por Barbier, enquanto "atividade de compreensão e de explicação das práxis dos grupos sociais por eles mesmos, com ou sem especialistas em ciências humanas, com o fito de melhorar esta práxis" (BARBIER, 1985, p. 156).

A região administrativa de Pau da Lima apresenta um quadro de vulnerabilidade social característico das situações de insegurança alimentar e nutricional, com destaque para a baixa renda domiciliar, baixa escolaridade e presença de áreas extensas sem saneamento básico adequado (SMS, 2015). Além disso, a região não dispõe de equipamentos de SAN, tal como restaurante popular ou cozinha comunitária. O projeto incluiu uma pesquisa domiciliar, a qual confirmou um processo persistente de falta de acesso à alimentação adequada entre domicílios

situados em áreas mais vulneráveis, com altas taxas de desnutrição e sobrepeso/obesidade, destacando-se a renda, o emprego e o gênero do chefe de família como principais fatores determinantes do acesso à alimentação.

O ponto de partida do projeto foi uma oficina com pessoas da comunidade sobre o tema da SAN, dedicada a provocar uma reflexão que sustentaria a mobilização e o desenho das primeiras ações pelos participantes do projeto. A partir desta primeira oficina, formou-se o grupo nuclear da pesquisa-ação, que passou a discutir, definir e organizar as atividades do projeto. O número de líderes e moradores que participaram das reuniões do projeto e da implementação das atividades ao longo do projeto variou entre seis e 12.

A primeira atividade desenvolvida, logo após a referida oficina e em paralelo à organização da pesquisa domiciliar, foi intitulada "mova-se para a saúde" e consistia em sessões de atividade física e de atividades educativas em alimentação e nutrição com foco na promoção da alimentação saudável. Eram sessões abertas, com frequência semanal, realizadas na praça pública, e que se estenderam por 11 meses, sob a coordenação de dois profissionais educadores físicos moradores da comunidade, de uma nutricionista e de uma graduanda em Nutrição. Os temas foram definidos em parceria com o público participante, que variou entre 20 a 40 pessoas, de todas idades.

Posteriormente, as atividades educativas abordando temas da alimentação saudável se deslocaram para quatro escolas municipais, visando promover a adoção, pelas crianças e adolescentes, de hábitos alimentares saudáveis. As atividades propostas foram adaptadas às faixas etárias e às turmas identificadas e visaram aos seguintes objetivos: sensibilizar os professores e gestores das escolas sobre a importância da abordagem do tema; incentivar os alunos a compartilhar o aprendizado com seus pais. A faixa etária preferencial, definida de forma consensual juntos às lideranças comunitárias e membros da escola, foi o grupo infantil, por entender que nesta fase as crianças estão aprendendo a lidar com a alimentação e desenvolvendo gostos e aversões.

Em paralelo, o grupo desenhou e organizou uma pesquisa domiciliar, implementada em 450 domicílios, com objetivos que incluíam uma avaliação da situação da SAN voltada para ações posteriores de reivindicação de direitos e promoção da SAN, um retorno imediato para a população com avaliação e

orientações nutricionais, a mobilização para a SAN e o DHAA, e o convite para participação no projeto.

Em abril 2015, foi realizada uma segunda oficina, originalmente organizada para apresentar os resultados da pesquisa domiciliar e discutir a situação de segurança alimentar e nutricional assim como estratégias de enfrentamento, que marcou um novo rumo no projeto. Reuniram-se 21 moradores e oito líderes comunitários, pesquisadores, profissionais de saúde e representantes de organizações da sociedade civil e do governo do estado. Embora tenham sido distribuídos mil convites, incluindo os domicílios que participaram da pesquisa domiciliar, a participação dos convidados foi muito aquém do esperado, com o agravante que não compareceu nenhum dos moradores de domicílio participante da pesquisa domiciliar. Dos oito líderes presentes, três participavam pela primeira vez em uma atividade do projeto.

Nessa oficina, formou-se uma comissão para a criação do Conselho Regional de Segurança Alimentar e Nutricional de Pau da Lima, comissão composta inicialmente por seis líderes comunitários, três moradores e a pesquisadora principal. Foi elaborada uma proposta de Conselho Regional de Segurança Alimentar e Nutricional Pau da Lima, o qual seria composto por 2/3 da sociedade civil e 1/3 do setor público, e cujo objetivo seria criar uma articulação entre a subprefeitura e a sociedade civil para: mobilizar a sociedade civil; levantar as demandas e estabelecer prioridades para a implementação do plano e da política de SAN na Região Administrativa; orientar e monitorar a implantação de programas sociais e projetos ligados à alimentação, estabelecendo diretrizes e prioridades. Infelizmente, a criação do Conselho Regional de Segurança Alimentar e Nutricional Pau da Lima ficou na dependência da identificação de membros da sociedade civil com disponibilidade para ocupar os cargos de conselheiros e suplentes.

Em julho de 2016, foi realizado um evento cultural em uma das comunidades mais vulneráveis da região, em colaboração com um líder comunitário que, até então, não participava das reuniões do projeto. O evento visava trazer o tema do direito à alimentação no próprio processo de preparação, porém de forma não impositiva e sem desenho prévio do que iria compor o evento, deixando o máximo de espaço para iniciativa dos moradores. A comunidade

optou por realizar um espetáculo com crianças e adolescentes, e foram incluídas apresentações de dança, teatro, poesia e canção, capoeira e tecido acrobático, misturando saberes e ideias de ambas as crianças e os demais participantes do projeto. O processo de preparação do evento ocorreu duas vezes por semana durante dez semanas e incluiu repetições das apresentações, oficinas de desenhos realizados com orientação de um desenhador e grafiteiro morador da comunidade e oficinas de tecido acrobático. O tema da alimentação foi trazido em vários momentos das apresentações, assim como nos desenhos, e foram realizadas rodas de conversa sobre o tema da SAN e do DHAA.

A partir do final do ano 2016, começou a se desenhar um projeto de horta comunitária junto a uma líder comunitária participante da pesquisa-ação. O objetivo principal do projeto, intitulado "Semeando Pau da Lima", com vistas a ser ampliado para outras comunidades da região, é promover o direito à alimentação adequada em comunidades vulneráveis da Região Pau da Lima, reforçando os vínculos de solidariedade e a autonomia das comunidades. Para atingir este objetivo, o projeto prevê a realização das seguintes atividades: implementação de hortas comunitárias em várias comunidades, abertura de uma escola comunitária, estruturação dos espaços públicos das comunidades. Trata-se de um projeto a largo prazo, no qual estão previstas a replicação da implementação de hortas comunitárias orgânicas e a estruturação dos espaços públicos em vários locais da região. Estão em curso as primeiras etapas de implementação de horta, envolvendo o desenho das atividades, identificação e preparação dos terrenos e identificação dos moradores participantes.

Foram muitos os desafios enfrentados ao longo do desenvolvimento das ações do projeto. Revelou-se especialmente desafiador ter que se confrontar continuamente com uma dinâmica circular envolvendo a relação mobilização-comunidade-liderança, configurando o seguinte impasse: se, de um lado, é preciso desenvolver atividades para mobilizar a comunidade, de outro lado, é premente formar mais lideranças que possam empreender ditas atividades. Note-se que, para esta última ação ter resultados efetivos, será imprescindível contar com uma comunidade comprometida ou mobilizada para este fim.

A dificuldade em mobilizar os moradores foi um entrave de peso em vários momentos do projeto, repercutindo em diferentes ações realizadas. Por

exemplo: a baixa participação dos moradores na segunda oficina; a dificuldade em compor um número suficiente de membros da sociedade civil dispostos a constituir um conselho regional de SAN; o interesse limitado dos moradores frente à temática do evento cultural; a dificuldade em se constituir uma equipe sólida e constante para participar do projeto da horta.

Entende-se que a pouca inserção do conceito de SAN dentro da comunidade, aliada à ausência de reconhecimento de que a alimentação constitui um direito, contribuíram fortemente para a baixa mobilização ou engajamento dos moradores nas atividades propostas. Ao lado disso, nos debates sobre esta questão com os participantes do projeto, foram apontados outros fatores, considerados significativos: o individualismo, a falta de preocupação com o coletivo, a cultura de troca, a naturalização da vulnerabilidade social, o descrédito na possibilidade de mudança social e a submissão à ordem social. Também foi observada, ao longo do projeto, certa desconfiança dos políticos e dos líderes, muitas vezes associados um ao outro, nas falas de moradores das comunidades.

Uma mirada mais atenta à experiência das lideranças comunitárias em Pau da Lima, revelou outro aspecto que, certamente, influencia no interesse ou possibilidade concreta deles(as) se engajarem em um novo projeto ou ação coletiva. Trata-se, precisamente, da pressão advinda do convívio cotidiano com múltiplas facetas da vulnerabilidade social. A luta pelo direito à segurança alimentar e nutricional se soma, no contexto dos bairros populares de Salvador, a um conjunto ampliado de lutas em prol da moradia digna, de saneamento básico, de adequada infraestrutura urbana, de segurança, de acesso a serviços de saúde, de mitigação do risco ambiental etc. Em muitos casos, impõe-se o caráter de urgência, e o tempo se revela um recurso realmente limitado.

Todos esses elementos contribuem para que, mesmo as lideranças e moradores que participaram regularmente do projeto, tivessem dificuldade em engajar-se em ações alternativas de mobilização. Além de requerer tempo e persistência, não havia garantia de resultados, haja vista o comportamento da comunidade, observado ao longo das atividades desenvolvidas. Talvez por isso, embora o grupo engajado no projeto reconheça a necessidade de mobilizar os moradores e formar novas lideranças para poder responder às múltiplas necessidades

do bairro, eles privilegiam a ação junto ao Estado, seguindo uma tendência dominante entre líderes comunitários da região.

Essa articulação com o Estado carrega com ela muitas ambiguidades, tensões e contradições que se tornam visíveis em narrativas e práticas de líderes, das quais se apreende uma oscilação entre desconfiança e expectativa, entre confrontação e colaboração. As ambiguidades se acentuam nos casos daqueles que têm dupla atuação: líderes comunitários e trabalhadores de instâncias vinculados ao governo local, a exemplo da Subprefeitura. Se por um lado, este segundo vínculo pode favorecer a inclusão da SAN e de outras importantes demandas comunitárias no debate da agenda governamental, por outro limita as possibilidades de confronto com o poder público. O próprio movimento, por parte de alguns líderes, visando ao engajamento em cargos políticos, ainda que motivados pela expectativa de vir a contribuir com a melhoria das condições de vida na comunidade, se revelou problemático. Além de efeitos mais objetivos, como a descontinuidade das atividades do projeto em períodos eleitorais, tais iniciativas despertaram a desconfiança de moradores e implicaram a fragmentação dos grupos que lideravam a ação comunitária.

Agricultura familiar e a convivência com o semiárido em uma comunidade rural da Bahia: o caso do quintal agroflorestal

A história da seca no semiárido brasileiro tem sido retratada em obras literárias[1] que contam sobre as migrações e escassez de alimentos nos anos de estiagem. A seca é, sem dúvida, um tema marcante para os que vivem nesta região do país, tendo em vista seus impactos na segurança hídrica e alimentar, na geração de trabalho e renda e, certamente, suas repercussões sobre os modos de vida da população.

As condições naturais vêm historicamente sendo responsabilizadas pelo cenário de miséria, contradições e injustiças sociais. Desde a perspectiva de uma proposta de convivência com o semiárido, dita explicação é vista como um artifício ideológico que contribui para encobrir questões estruturais

1 São exemplos destas obras: *Os Sertões*, de Euclides da Cunha; *O Quinze*, de Raquel de Queiroz; e *Linhas Tortas*, de Graciliano Ramos (SILVA, 2003).

produtoras da miséria, dentre as quais a concentração de poder, riquezas e terras, a exploração da mão de obra, a má gestão de recursos públicos e a falta de investimentos na região (SILVA, 2003).

Destaca-se neste capítulo a experiência do "quintal agroflorestal", desenvolvida por uma família de agricultores familiares do povoado de Espanta Gado, situado em uma zona rural no município de Queimadas, Bahia, no Território do Sisal.[2] Realizou-se um estudo etnográfico, entre fevereiro e junho de 2015, com imersão sistemática na comunidade, complementada por entrevistas semiestruturadas. Somam-se, à etnografia, dados derivados de grupos focais realizados entre 2011-12 com agricultores familiares deste território de identidade.

O "quintal" comporta uma série de estratégias pensadas para viabilizar a agricultura familiar em uma área afastada do rio Itapicuru, importante fonte de água da região. A unidade familiar representa, no estudo realizado, o microcosmo de uma comunidade rural, cuja convivência com as agruras da seca evoca a inventividade contínua de sua população. Vale sinalizar, ademais, que a baixa densidade demográfica e a distribuição espacial dos domicílios típicos de zonas rurais produzem uma configuração específica em termos de vizinhança e de dinâmica comunitária. Nesse contexto, adquire especial relevância a capacidade de agência das famílias frente a processos de vulnerabilidade. Por outro lado, mantem-se válido o sentido de comunidade, à medida que se evidencia a presença marcante de práticas construídas culturalmente, isto é, organizadas em torno de um conjunto específico de valores cujo significado e uso compartilhado são marcados por códigos específicos de autoidentificação.

O semiárido brasileiro ocupa 18,2%[3] do território nacional (982.566 Km²), abrange mais de 20% dos municípios do país (1.135), o que corresponde a 11,84% da população nacional. Graças a sua extensão e densidade demográfica, é considerado o maior do mundo. Nesta região costuma chover de 200 a 800mm por ano, mas de forma irregular e concentrada em poucos meses. Sistematicamente, a região experimenta períodos prolongados de clima

2 Trata-se de um segmento da tese de doutorado de Paiva (2017).

3 Diferentemente, em 2012 o Instituto Nacional do Semiárido (INSA, 2012) referenciava que o semiárido brasileiro correspondia a 11,53% do território nacional.

seco e com temperatura elevada, fato que provoca a aridez sazonal. A seca, considerada um fenômeno natural e cíclico, decorre da ausência ou escassez das chuvas, bem como da sua alta variabilidade espaço-temporal. A paisagem é modelada pela temperatura elevada, forte taxa de evaporação e insuficiência e irregularidade na distribuição de chuvas. Sua vegetação de caatinga é um bioma de alta biodiversidade, onde se observa vegetação xerófila, adaptada à seca (ASA, 2017; SILVA, 2003).

Historicamente, o processo de ocupação do semiárido introduziu práticas econômicas e agrícolas que não são necessariamente adequadas aos ecossistemas locais, a exemplo das queimadas, desmatamentos nas margens dos mananciais e implantação de culturas adversas. Essas práticas são capazes de levar à degradação ambiental e à erosão do solo, conduzindo ao processo de desertificação. Partindo desta análise, a perspectiva da convivência com o semiárido vem sendo estabelecida com base no paradigma da sustentabilidade. Passam-se a considerar, portanto, os limites e as possibilidades do complexo de ecossistemas que é o semiárido, acreditando-se na construção ou resgate das "relações de convivência entre os seres humanos e a natureza" (SILVA, 2003, p. 376).

Em que pese as limitações apontadas, o semiárido tem se revelado um território promissor no que refere à busca e/ou desenvolvimento de alternativas apropriadas às especificidades ambientais e comprometidas com processos emancipatórios. Um contexto que tem demonstrado, dentre outros elementos, a capacidade criativa da população sertaneja. Assim, a convivência com o semiárido é definida como "uma perspectiva cultural orientadora da promoção do desenvolvimento sustentável no semiárido, cuja finalidade é a melhoria das condições de vida e a promoção da cidadania, por meio de iniciativas socioeconômicas e tecnológicas apropriadas, compatíveis com a preservação e renovação dos recursos naturais" (SILVA, 2006, p. 272).

O estudo etnográfico revelou que a criação de caprinos e ovinos constitui uma das principais estratégias utilizadas pelas famílias agricultoras para geração de renda no território investigado. Isso é compreensível diante do fato que muitos produtos de origem animal, como carnes (de ovinos, caprinos, frango e peixes), mel, leite e derivados, têm melhor preço de mercado comparativamente superior a produtos de origem vegetal. Interessa aqui destacar, particularmente,

as estratégias adotadas para sobreviver nos períodos de estiagem, a qual pode ameaçar o sustento das famílias ao impactar a alimentação animal.

A estiagem e todas as preocupações associadas a este fenômeno, incluindo a alteração na sua frequência, foi uma questão recorrente nas narrativas das famílias ao longo da etnografia. Foram rememorados os períodos em que as secas eram mais pontuais, sendo destacadas as secas de 1932, 1952 e 1976, cujas ocorrências seguiam povoando o imaginário dessa população. Nos períodos de chuva, era possível produzir a "comida da roça" (feijão, melancia, milho, mamão, mandioca, batata doce).

Conforme ressaltaram as famílias locais, no entanto, a partir da década de 1990 os períodos de estiagem passaram a se estender progressivamente, e a seca se tornou crônica. Uma das principais razões citadas pelos agricultores para o prolongamento dos períodos de estiagem foi o impacto da ação humana sobre o ambiente, com destaque para o uso de queimadas e de agrotóxicos, os quais teriam contribuído com o desmatamento ampliado, influenciando negativamente a frequência das chuvas.

É nesse contexto que emerge a experiência do quintal agroflorestal. A família em questão trabalha com a criação de ovinos e caprinos e possui uma vaca leiteira. Desde 2012, vem cultivando um quintal agroflorestal de grande extensão ao fundo da residência, no qual existem uma série de plantas forrageiras cultivadas (não nativas) para consumo animal, dentre as quais leguminosas como leucena, cunhã, gliricídia, labe-labe, moringa e andu, e não leguminosas como sorgo, palma e capim.

O quintal agroflorestal foi um espaço pensado especialmente para suprir a alimentação animal de forma sustentável, sendo um projeto desenvolvido com recursos da EBDA, do Governo do Estado e da EMBRAPA. Ele ocupa um terreno de 29 hectares, existem cisternas de produção e consumo, barreiro de salvação, barragem subterrânea, tanques de barro e uma horta ao redor da cisterna de produção, além do referido quintal. Essas estruturas foram construídas por meio de projetos desenvolvidos com apoio de um conjunto de entidades, dentre as quais o Conselho Regional de Desenvolvimento Rural Sustentável da Região Sisaleira do Estado da Bahia (CODES Sisal), a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), a Empresa Baiana de Desenvolvimento

Agrícola (EBDA), o Governo do Estado da Bahia, o Movimento de Organização Comunitária (MOC) e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR).

No contexto da "cronificação" da seca, programas governamentais como o da construção de cisternas são cruciais na medida em que buscam possibilitar o acesso das famílias agricultoras à água, tanto para consumo nas residências, quanto para uso no plantio e criação de animais. Entretanto, foi observado que a escassez de chuva dificulta o armazenamento da água, criando a necessidade do acesso desta através de carros-pipa. Assim, a água é muitas vezes adquirida pelas famílias através de compra ou doação, como por exemplo através do exército.

Além de garantir a alimentação animal, o quintal é também usado para o cultivo de plantas comestíveis como tomate, quiabo, feijão de corda, andu, abóbora verdadeira, batata doce, milho, vários tipos de pimenta, pimentão, hortelã graúdo, menta, alecrim, manjericão, melancia, mamão, jenipapo, seriguela, acerola, tamarindo, maracujina (conhecido em Salvador como maracujá), laranja, maracujá do mato, tangerina, amora, pinha e none. Estes alimentos estão presentes em menores quantidades que as plantas forrageiras e ficam localizados bem próximos à residência, nas suas laterais e ao fundo. Compõem também o quintal muitas ervas para chá e tempero e outras plantas como algaroba, nim, arruda, algodão, mandacaru sem espinho, maravilha, graxas, cama de macaco (planta nativa da caatinga que está em extinção), pestana de velho, crote, palmeirinha, moringa, vista de galo.

A permanência da moradia na roça, em parte garantida pelo estoque de água na unidade produtiva, possibilita aos agricultores familiares produzir alimentos sem "venenos" e reduzir a necessidade de aquisição em outros espaços. Diferentemente, os agricultores familiares que moram no povoado, e não mais na roça, acessam com maior frequência os alimentos produzidos com agrotóxicos, vendidos na feira livre e vindos de outras localidades. Além disso, adquirem mais frequentemente os alimentos industrializados e ultraprocessados, comercializados em mercados e padarias locais.

Na área do quintal agroflorestal onde estão as plantas comestíveis é feita irrigação por gotejamento. Neste caso, a água do barreiro de salvação é bombeada, através de um motor a diesel, até uma caixa d'água localizada ao lado da casa.

Os agricultores sempre avaliam a melhor estratégia para não desperdiçar este precioso recurso. Conforme explica o agricultor, o quintal agroflorestal é um espaço onde existem "consorciados" árvores e agricultura, sendo um modelo diferente daqueles usados em momentos anteriores, quando se desmatava e/ou queimava a caatinga para realizar o plantio.

Nesse quintal, além das plantas forrageiras cultivadas, existem também as forrageiras nativas; entretanto, a maioria delas encontra-se fora do quintal agroflorestal, no espaço onde os animais pastam. Dentre as plantas forrageiras nativas estão mala forrageira, catingueira ou pau de rato, mavaisco, velame, mororo ou umã de bode, moleque duro e jurema preta. Todas as plantas forrageiras (cultivadas ou nativas) podem ser transformadas em feno ou silo, que são formas de estocar alimentos para os animais, prevenindo a insegurança alimentar nos períodos de seca (BAPTISTA; CAMPOS, 2013).

Segundo Abdo et al. (2008), os sistemas agroflorestais (SAF) são uma ótima opção para o equilíbrio ecológico das propriedades, uma vez que a sua adoção leva à variabilidade de espécies, à melhoria da capacidade produtiva da terra e à otimização no uso dos recursos naturais disponíveis, garantindo ao final uma produção significativa por unidade de área. As propriedades físicas, químicas e biológicas do solo são importantemente melhoradas através da ciclagem de nutrientes e controle de erosão decorrentes da diversificação de culturas. Essa diversificação também tem a possibilidade de proteger o solo dos impactos das gotas de chuva, contribuindo ainda para reduzir a variação na temperatura e na umidade (ABDO et al., 2008).

Estes sistemas possibilitam o sequestro de uma quantidade muito maior de carbono,[4] enriquecem a biodiversidade e aumentam a estabilidade do ecossistema. Contribuem, portanto, para lidar com os desafios em garantir a segurança alimentar, reduzir a vulnerabilidade e aumentar a adaptabilidade às mudanças climáticas. Possibilitam ainda o aumento da renda e, a partir da diversificação da produção, a redução dos riscos frente as dificuldades do mercado (FAO, 2011).

4 O sequestro de carbono ameniza o agravamento da elevação de temperatura decorrente do efeito estufa (BARRETO; FREITAS; PAIVA, 2009).

O quintal agroflorestal pode ser apontado como uma estratégia inovadora de produção vinculada às estratégias de convivência com o semiárido e ao enfrentamento das vulnerabilidades locais. Cabe reconhecer, no entanto, que iniciativas desta natureza não dependem apenas do engajamento dos agricultores familiares. Sua efetividade e expansão não pode prescindir do investimento estatal e do apoio da sociedade civil.

Vale ressaltar que as transições no âmbito das práticas agroalimentares desses agricultores familiares se relacionam ao processo desenvolvimentista do país, notadamente, com as inovações tecnológicas-agrícolas-alimentares Assim, ao mesmo tempo que integram o sistema agroalimentar industrial-globalizado, ao consumirem uma série de produtos, suas práticas de cultivo denotam a transição entre modelos que utilizavam queimadas e agrotóxicos, para modelos fundamentados em princípios agroecológicos, como é o caso do quintal agroflorestal e da produção de orgânicos.

Vulnerabilidade social e comunidades indígenas pataxó: um olhar a partir da saúde

Ancorado em abordagens pós-colonialistas e seguindo as trilhas de uma possível *Epistemologia do Sul* (SANTOS, 2007), propõe-se que a análise sobre a intensidade e as expressões da vulnerabilidade em comunidades indígenas em um dado território brasileiro, considere a relação deste fenômeno com os processos históricos de territorialização e etnização dessas populações no país. No plano metodológico, aposta-se em um enfoque que privilegie a perspectiva dos protagonistas dessa história. Ao valorizar a visão êmica, portanto da comunidade indígena, espera-se oferecer elementos interculturais sobre a vulnerabilidade social nestes contextos.

Nesta seção serão apresentados os resultados, ainda provisórios, de uma etnografia exploratória (já em fase de conclusão) cujo foco é a interculturalidade das concepções e práticas de atenção diferenciada à saúde indígena na perspectiva de duas diferentes comunidades Pataxó e equipes de profissionais (EMSI) da atenção básica indígena no sul da Bahia. Trata-se de "uma" etnia que integra o segmento dos "índios misturados" do Nordeste brasileiro, uma decorrência do processo histórico dos contatos interétnicos locais (OLIVEIRA, 1998).

A etnogênese das comunidades indígenas Pataxó revela as multicentenárias relações interétnicas de conflito e opressão da sociedade local e do Estado que ameaçam até os dias atuais o cotidiano dessas populações (SAMPAIO, 1996). A questão do acesso aos recursos naturais da mãe-terra indígena se torna lembrança de violências, traumas e sofrimentos impressos na memória coletiva do grupo dos pataxós. As diásporas das famílias pataxós, por um lado, e a reação do movimento da "retomada" das terras a partir do final dos 1990 (DE CARVALHO, 2009), por outro, são expressões das adaptações e resiliências dessas comunidades.

As duas comunidades são as maiores aldeias da região, a primeira sendo considerada a "*aldeia mãe*" e a segunda a maior das "*aldeias filhas*". Elas diferem entre si sob diferentes aspectos se tomarmos como dimensões de análise algumas díades clássicas, tais como: tradicional/moderno, rural/urbano, agrícola/comercial, preservado/hibrido, monocultural/multicultural. No entanto, ambas as comunidades são caracterizadas pelo histórico contato com a sociedade envolvente que recentemente está produzindo um rápido processo de transformação e hibridização sociocultural orientados pelos dominantes padrões de modelos de vida, saúde e adoecimento ocidentais do branco, aceleradas pelo contato com o turismo de massa e o acesso às modernas tecnologias da informação e comunicação global.

Em ambos os contextos predominam, ainda hoje, a incerteza e a insegurança em função da falta da garantia do reconhecimento ao direito à terra. Uma situação que reflete a pressão dos interesses imobiliários e dos fazendeiros locais, e que persiste graças ao consentimento mais ou menos explícito da política e justiça locais. O medo e a preocupação de perder a casa própria (*kijeme)* de um dia para outro, ou de não poder garantir às futuras gerações a principal fonte de sustento da economia familiar, constituem o pano de fundo do mal-estar das famílias, emigradas em massa nas áreas limítrofes da *aldeia filha.*

Vale destacar que as duas aldeias se localizam no ponto central da chamada "Costa do descobrimento", uma região que encontra no turismo uma de suas principais fontes de renda. As comunidades indígenas locais têm vivenciado em seu território os impactos rápidos e devastadores sobre o ambiente e o espírito de coesão comunitário do modelo de desenvolvimento adotado na

região, orientado por essa vocação turístico-comercial. A relação interétnica é orientada pelo interesse comercial, o que implica a crescente monetarização da economia comunitária, na presença do não indígena na aldeia e, certamente, a adaptação à lógica capitalista orientada ao individualismo ("o índio que explora o índio", *usuário*).

O contato econômico e a articulação turístico-comercial contribuíram para ampliar o acesso a produtos de consumo industrial. Contudo, para a maioria dos moradores não implicou aumento da disponibilidade de recursos financeiros e econômicos. A hibridização econômica e o acesso a algumas profissões institucionais assalariadas levam a uma crescente diferenciação social na comunidade aldeada, sobretudo entre as famílias de *parentes* originárias (*first comers)* e as que chegaram nas ondas migratórias sucessivas (*second comers*) em áreas indígenas não urbanizadas/reconhecidas (assim ditas *extensões*). Até hoje são áreas caracterizadas pela falta de uma fonte estável de renda mínima, saneamento básico, acesso a água potável, energia elétrica, vindo definir uma vulnerabilidade maior em termos de condições de vida e saúde. A instabilidade ou incerteza econômica são uma das causas das preocupações e doenças mentais locais (*profissionais de saúde*).

No centro urbano da *aldeia-filha,* a aproximação rápida aos modelos de consumo do branco e a comercialização de produtos industrias são reconhecidas como as principais determinantes da piora na saúde da comunidade, particularmente quando se consideram as mudanças nas práticas alimentares. Dentre os indicadores mais preocupantes, pode-se destacar a disseminação transversal entre as diferentes gerações das novas doenças crônicas. Além das mudanças dos hábitos alimentares, são ressaltadas também, particularmente pelos profissionais de saúde que atuam na comunidade, as consequências da ausência de saneamento básico para as condições de saúde da população indígena.

De fato, a vulnerabilidade ambiental e a precariedade da infraestrutura básica local são evidentes. A *aldeia mãe*, cuja população duplicou nos últimos 15 anos, sofre de um atávico "esquecimento" das instituições públicas municipais no que concerne às condições do saneamento básico, tratamento e encanamento da agua, esgoto e sanitários (*lideranças indígenas*). Os danos ambientais decorrentes do processo de desenvolvimento e urbanização imposto à região são notáveis,

especialmente quando se observam os efeitos da nova urbanização sobre os recursos naturais. A maior parte dos rios da região encontram-se poluídos, e o fato de suas cabeceiras se situarem em fazendas, as quais são propriedades privadas e comerciais, contribui para este resultado.

A circulação de novos bens de consumo e a melhoria das condições socioeconômicas de algumas famílias contribuíram para a retração das atividades agrícolas tradicionais, das práticas pautadas nas trocas de bens, dos mutirões comunitários, assim como de rituais coletivos. Tais transformações são lamentadas pelos anciões da aldeia, quando relatam da "época da fartura" que permitia maior disponibilidade e variedade de frutos da terra, da água e da floresta a partir da variedade do ambiente natural (mar, rios, matas, manguezais). Ao mesmo tempo, expressam preocupação pela abertura ao contato com o branco e a contaminação que leva à relação com o não índio/*intihi*, causa de desconhecidas DST na comunidade (*usuários*).

Dentre os fatores que contribuíram para o aumento exponencial da população aldeada e, por conseguinte, para a ampliação do contato e da hibridização étnico-racial, destacam-se: o aumento dos matrimônios mistos, a compra de propriedades e desenvolvimento de atividades comerciais por parte de não indígenas, a migração de oriundos dos bairros populares de Porto Seguro e, por fim, a prática difusa de algumas lideranças de conceder o estatuto de índio a não indígenas ("o branco que vira índio", *liderança jovem*).

No rol das consequências negativas da multietnicização e, sobretudo, do incremento do contato com "os brancos" para a comunidade indígena, sobressai a convivência cotidiana com o fenômeno da violência, notadamente associada com o tráfico de drogas. As aldeias se encontram em um cenário muito próximo daquele típico das periferias urbanas das principais cidades do Brasil. As relações entre as famílias foram afetadas pela presença do tráfico de drogas, o qual tem atraído principalmente a juventude indígena.

As hostilidades das gangues criminais dividiram o território de tal modo que moradores de uma área não podem ser atendidos no posto de saúde localizada em outra, caso esta seja controlada por facção rival. E assim como ocorre no contexto urbano, a paisagem e o estilo de vida local mudaram rapidamente: o espaço comunitário, a agregação espontânea que favorecem a sociabilidade

intracomunitária recuaram atrás das crescentes cercas e muros que se ergueram nas casas da comunidade. O medo, o luto e a tristeza das famílias em função das perdas de entes queridos foram sentimentos, observados com certa recorrência ao longo da etnografia.

A reação do Estado, refletida por exemplo na criação de uma guarda indígena, tem se revelado ineficaz, e os exemplos de desrespeito aos direitos humanos são flagrantes. Intervenções de policias militares na aldeia que resultaram na morte de jovens indígenas envolvidos no tráfico dentro das casas onde viviam com suas famílias despontam entre os casos mais dramáticos. No leque de situações em que se cruzam contradições e leniência por parte da segurança pública e do judiciário e que abalam de forma significativa as vidas de famílias das aldeias, destacam-se: criminalização das lideranças indígenas; ameaças de morte, cujos processos de apuração se arrastam por anos; prisões preventivas de membros da família; e medidas de proteção especiais.

A chegada de *novas* igrejas revelou-se outro fator de desestabilização do espírito de comunidade da *aldeia filha*. Se por um lado, a vinculação a ditas igrejas por parte do segmento indígena pode se apresentar como uma oportunidade de compartilhar angústias e dores familiares, fora do âmbito doméstico, por outro, paulatinamente, tem contribuído para aniquilar a residual espiritualidade tradicional indígena. A demonização das crenças tradicionais e a proposição de novas comunidades religiosas na comunidade indígena constituídas por *irmãos* e não mais *parentes*[5] aumentaram o distanciamento e a diferenciação dentro e entre as famílias indígenas da comunidade. Isso implicou drasticamente a semiclandestinidade das atividades e rituais coletivos de rezas, bênçãos e cuidado espiritual que passaram por ser "feitiçarias" e logo "coisas de macumbeiros".

O segmento juvenil revela-se o mais vulnerável às transformações que vêm afetando a sustentação do espírito tradicional da comunidade da *aldeia filha*. Na visão das *lideranças* mais velhas, o hiato geracional entre avós e os netos da mesma família contribui para o distanciamento destes últimos do conhecimento tradicional, uma vez que a nova geração se encontra muito mais sujeita às influências de "modelos de estilos de vida que vêm de fora". O

5 Os indígenas utilizam a palavra *parentes* para definir os membros da própria etnia.

papel da família e da escola indígena parece perder peso na conformação. A tristeza de muitos anciões, vetores do saber tradicional indígena em saúde, é evidente na maioria dos depoimentos quando alertam a respeito da "distração e escasso interesse dos jovens" *(especialista tradicional*) para que a cosmologia e as regras socioculturais sigam alimentando a identidade e cuidando do bem-estar da comunidade.

A *aldeia mãe,* embora acompanhe com angústia as transformações em curso da na *aldeia filha*, mantém mais preservadas suas tradições. A distância geográfica do "outro" e da sociedade "lá fora", aliada a ações de resistência das antigas lideranças indígenas, consegue garantir fluxos de etnoturismo e de venda do artesanato com impactos de baixa e descontínua intensidade. A modernização e presença do branco são fenômenos muito recentes e ainda germinais, e aqui encontram-se valores, relações socioculturais, atividades econômicas comunitárias fundamentadas nos conhecimentos e práticas do saber tradicional.

Considerando a taxonomia proposta por Ayres (1999), pode-se dizer que, se o conjunto de problemas destacados até aqui ilustra em grande medida as dimensões sociais e individuais da vulnerabilidade, os eixos institucionais ou programáticos tornam-se mais evidentes quando se focaliza a situação dos serviços de saúde locais. Detendo-se na atenção primária de saúde (APS), despontam de imediato a cobertura insuficiente e a qualidade precária dos serviços disponíveis para as duas aldeias. Em que pesem as fragilidades nas condições de trabalho, as equipes da saúde se prontificam para responder à crescente demanda espontânea, não sobrando muito tempo ou recursos para investir na oferta programada de serviços ou em ações de vigilância em saúde. É consenso, entre lideranças indígenas e profissionais de saúde que atuam na área, o fato de as ações de prevenção, promoção e educação em saúde serem episódicas ou esporádicas. Além disso, aqueles que atuam na APS tentam responder como podem à demanda de urgências e emergências, mesmo sem a qualidade técnica mínima suficiente para garantir o atendimento básico.

O quadro de desassistência se agrava na *aldeia mãe,* cuja localização é ainda mais distante dos serviços de maior complexidade (hospitais, clínicas). Foram numerosos, entre os interlocutores desta aldeia, os relatos de episódios de discriminação e descuidado. Salta aos olhos, por certo, a ausência de efetivação

de uma atenção básica *diferenciada,* ou seja, capaz de se articular com os saberes tradicionais em saúde, em uma comunidade, em especial na aldeia mãe, onde parteiras, rezadeiras e líder espirituais são ativos e os conhecimentos das ervas medicinais e praticados pela maioria da população.

Constata-se que a implementação dos serviços de saúde pública nas aldeias pataxós contribuiu (in)diretamente para a imposição do saber dominante do branco, em detrimento do saber indígena tradicional em saúde. Em contrapartida, é notável, tanto no ambiente familiar quanto na escola indígena local, o esforço de resgate cultural visando à reintrodução ou ao fortalecimento de conhecimentos tradicionais e de práticas alternativas ao saber biomédico, que levam em conta a saúde espiritual e o uso de plantas medicinais no preparo de "remédios da floresta", dentre outros aspectos.

Conclui-se este tópico ressaltando que as práticas e saberes tradicionais em saúde seguem protegendo, cuidando e curando nas comunidades indígenas, territórios onde o Subsistema a Saúde Indígena (SASISUS) resulta pouco efetivo. Em deixar de considerar os desafios organizacionais a serem superados do referido subsistema, cabe reconhecer o potencial de modelos de atenção orientados pela interculturalidade do cuidado com vistas a enfrentar a vulnerabilidade social e sanitária dessas populações. Mas este é um debate que será objeto de futuras publicações.

Considerações finais

Ao percorrer as intricadas relações entre vulnerabilidade e ação comunitária, evidenciam-se no primeiro estudo, os desafios que se interpõem no caminho da mobilização de moradores em um bairro típico das periferias urbanas brasileiras. Cabe reconhecer, por exemplo, que a questão da segurança alimentar e nutricional (SAN) concorre com outras muitas necessidades de primeira ordem nesses contextos. Parece ser, no entanto, que o principal desafio implica quebrar os ciclos de reprodução das relações entre Estado, lideranças comunitárias e moradores. É a constituição de um sujeito coletivo e a possibilidade do agir comunitário frente a uma realidade social marcada pela vulnerabilidade que estão em jogo na transformação dessas relações.

No segundo estudo, é posta à mostra a capacidade de agência da família agricultora em um contexto de insegurança hídrica e alimentar associada aos períodos de estiagem, ressaltando-se que iniciativas como o quintal florestal não são suficientes para fazer frente às vulnerabilidades ambiental e social do semiárido brasileiro. São imprescindíveis investimentos em políticas públicas que subsidiem a transição agroecológica, o fortalecimento da agricultura familiar e a promoção da SAN na região.

A etnografia na comunidade pataxó do sul da Bahia, por sua parte, desvela algumas relações específicas entre as categorias de poder e comunidade que estimulam uma análise interétnica e intercultural sobre a vulnerabilidade social e sanitária desses grupos. A vulnerabilidade das comunidades é, neste sentido, considerada como processo sociocultural a partir da problemática relação intercultural com o modelo do branco, baseada no conflito e luta pelo poder e acesso aos recursos do ambiente natural indígena. A resposta coletiva em prol do interesse comunitário se expressa através de uma dúplice estratégia: por um lado, a luta pela terra do movimento social das comunidades pataxó e, por outro, a articulação da política das lideranças com a política institucional nos diferentes níveis de poder e tomada de decisão institucionais do Estado.

Referências

ABDO, M.T.V. et al. Sistemas agroflorestais e agricultura familiar: uma parceria interessante. *Revista Tecnologia & Inovação Agropecuária*. São Paulo, dez 2008. Disponível em: <http://www.dge.apta.sp.gov.br/Publicacoes/T&IA2/T&IAv1n2/Artigo_Agroflorestais_5.pdf> Acesso em: 13 mar 2017.

_____. ARTICULAÇÃO DO SEMIÁRIDO BRASILEIRO (ASA). Semiárido – é no semiárido que a vida pulsa! Disponível em: <http://www.asabrasil.org.br/semiarido> Acesso em: 03 abr 2017.

AYRES, J.R. et al. Vulnerabilidade s prevenção em tempo de AIDS. In: PARKER, R. et al. *Sexualidade pelo avesso:* direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34, 1999.

BAPTISTA, N.Q.; CAMPOS, C.H. A convivência com o semiárido e suas potencialidades. In: CONTI, I.L.; SCHOEDER, E.O. (Org.). Convivência com o Semiárido Brasileiro: Autonomia e Protagonismo Social. Brasília-DF: IABS, 2013, p. 63-70.

BARRETO, L.V.; FREITAS, A.C.S.; PAIVA, L.C. *Sequestro de Carbono.* Goiânia: Centro Científico Conhecer, 2009 (Enciclopédia Biosfera, 7).

BARBIER, R. *A pesquisa ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1985.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006.

CASTELLS, M. *O poder da identidade*. A era da informação: Economia, sociedade e cultura. Volume 2. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTEL, R. *L'insécurité sociale*. Qu'est-ce qu'être protégé ? Paris: Seuil, 2003. 95 p.

DE CARVALHO, M.R. O monte pascoal, os índios pataxó e a luta pelo reconhecimento étnico. *Caderno CRH*, Salvador, v. 22, n. 57, p. 507-521, 2009;

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). Plataform for Agrobiodiversity Research (PAR). *Biodiversity for Food and Agriculture*. Contributing to food security and sustainability in a changing world. Rome: FAO, 2011.

FREITAS, M.C.S.; PENA, P.G.L. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 69-81, 2007.

FRÚGOLI JR., H. A dissolução e a reinvenção do sentido de comunidade em Beuningen, Holanda. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, v. 18, n. 52, p. 107-26, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO SEMIÁRIDO (INSA). *Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro*. Campina Grande: INSA, 2012.

KAZTMAN, R. *Notas sobre la medicina de la vulnerabilidad social*. Borrador para discusión, 5 Taller regional, la medicina de la pobreza, metodos y aplicaciones. México: BID-BIRF-CEPAL, 2000.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. As normas como bem público e privado: reflexões nas fronteiras do enfoque ativos, vulnerabilidades e estrutura de oportunidades. In: CUNHA, J. M. P. (Ed.) *Novas Metrópoles Paulistas:* população, vulnerabilidade e segregação. Campinas: NEPO/Unicamp, 2006. 616 p.

LEÃO, M. (Org.). *O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional*. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

MOSER, C. *The asset vulnerability framework:* reassessing urban poverty reduction strategies. Washington D.C: World Bank, 1998.

OLIVEIRA, J.P.D. Uma etnologia dos" índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, v. 4, n. 1, p. 47-77, 1998.

PAIVA, J.B. *A agricultura familiar e a alimentação adequada e saudável*: um estudo sobre práticas agroalimentares de famílias agricultoras do semiárido da Bahia, Brasil. 2017. 272f. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2017.

PAIVA, R. *O espírito comum* – comunidade, mídia e globalismo. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

PORTO, M.F.S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 93, p. 31-58, jun 2011.

_____. *Uma ecologia política dos riscos*: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SAMPAIO, J.A. *Breve história da presença indígena no extremo-sul baiano e a questão do território Pataxó do Monte Pascoal*. Salvador: Penedo, 1996.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Critica de Ciências Sociais*, v. 78, p. 3-46, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE (SMS) - SALVADOR. TabNet-Salvador. Base de dados. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: dez 2015.

SILVA, R.M.A. Entre dois paradigmas: combate à seca e convivência com o semiárido. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 18, n. ½, p. 361-385, jan/dez. 2003.

_____. *Entre o combate à seca e a convivência com o semiárido*: transições paradigmáticas e sustentabilidade do desenvolvimento. Tese de doutorado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília. Brasília, 2006. 298p.

Saúde mental e cidadania na vida cotidiana: fortalecendo o protagonismo do movimento social na luta pela reforma psiquiátrica no Acre*

Rodrigo Silveira
Juliana Lofego
Érica Fabíola Silva
Emelym Daniela S.Tonelly
Valéria Matos
Domisy Vieira Anute
Eufrasia Cadorin

Uma das grandes conquistas dos movimentos sociais organizados da área da saúde no Brasil é a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Foram feitas denúncias em diversas frentes sobre o modelo de assistência às pessoas que sofrem de transtorno mental no país, que se mostrava desumano, estigmatizante e discriminador. Essas denúncias colocaram em pauta o campo da atenção em saúde mental no contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e após a aprovação da lei começou a ocorrer um marcante processo de transformação no modelo assistencial para o campo.

Embora tenhamos construído o marco institucional da reforma e vislumbrado, em vários cantos do país, um avanço na mudança de modelo, ainda são frequentes as ameaças de desconstrução, deixando em permanente tensão a militância da área em todo o Brasil. Exemplo disso foi a recente nomeação do ex-

* Trata-se de um texto que atendeu ao convite para a edição comemorativa dos 15 anos do LAPPIS, intitulada "Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva", na programação da Edição Multicêntrica do XV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.

diretor de um dos maiores hospitais psiquiátricos da América Latina para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, claramente ligado ao modelo manicomial de (des)assistência, em substituição a uma das principais lideranças do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em resposta ao fato, houve uma ocupação de 121 dias do Ministério da Saúde por militantes dos movimentos sociais e apoio de mais de 650 instituições nacionais e internacionais, universidades, entidades de classe e parlamentares, culminando com a criação da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental. Em que pese a mobilização que se sucedeu, o fato nos revela que a correlação de forças políticas pode resultar em retrocesso mesmo após conquistas vividas, mas também pode potencializar a mobilização. E mostra que é essencial um processo de fortalecimento dos movimentos sociais engajados na luta antimanicomial, na perspectiva da cidadania e dos direitos humanos na área da saúde mental.

No Estado do Acre, apesar da luta dos trabalhadores e usuários, permanece o modelo hospitalocêntrico e medicalizante na área da saúde mental. No campo da drogadição, são incentivados pelo poder público tratamentos com base em princípios religiosos. O grupo de pesquisa da Incubadora da Integralidade da Amazônia Legal, parceiro e integrante do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), realizou uma pesquisa sobre a oferta de assistência em saúde mental no Estado entre os anos de 2008 e 2009, com foco nas ações no território e no contexto da desinstitucionalização. Foi identificada uma fragilidade da atenção à saúde fora do contexto hospitalar, com uma rede substitutiva incipiente, equipes de Atenção Primária pouco envolvidas e capacitadas a promover assistência às pessoas com transtorno mental e famílias em grande vulnerabilidade social (SILVEIRA et al., 2009). Os resultados mostraram o foco da assistência no Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac) e a representação social da loucura ligada à periculosidade e isolamento da sociedade.

Sete anos após a pesquisa, poucas mudanças aconteceram em relação àquilo que a equipe vivenciou. O Hosmac ainda é a unidade central de atenção a pessoas com transtorno mental no Estado e a capital, Rio Branco, possui apenas um Centro de Atenção Psicossocial de atendimento a pessoas com

problemas ligados a álcool e outras drogas, mudando durante este período para a modalidade III, que inclui atendimento 24 horas (CAPS ad III). Como avanços, foram criados uma unidade de acolhimento adulto, consultório na rua e leitos de saúde mental no Hospital de Urgências e Emergências do Acre. A partir das dificuldades encontradas para a mudança de modelo em âmbito local, principalmente na esfera da gestão, diversos atores comprometidos com a área reconheceram a necessidade de fortalecimento da Associação de Parentes e Amigos da Saúde Mental do Acre (Apasama), criada em 2000, a principal entidade representativa dos usuários de saúde mental nas instâncias controle social do Estado. O caminho escolhido foi a elaboração de um projeto para a capacitação de usuários, familiares, estudantes e pessoas interessadas, seguido de um processo de multiplicação que pudesse resultar em desdobramento no território, envolvendo famílias e profissionais da rede de atenção primária. O projeto *A pessoa com transtorno mental como protagonista da sua reinserção social no território* foi aprovado e recebeu financiamento pelo Ministério da Saúde.

O grupo da Incubadora da Integralidade foi convidado a coordenar e desenvolver o projeto, tendo sido incentivado pela possibilidade de ação para o enfrentamento da situação local e nacional de estagnação ou retrocesso, além de possibilitar a continuidade da luta pela mudança no contexto atual. Assim, surgiu a proposta do curso *Saúde mental e cidadania na vida cotidiana*.

O objetivo deste texto é relatar a primeira experiência de realização do curso em todas as suas dimensões, desde o processo de construção coletiva até os desdobramentos no âmbito da entidade representante do movimento social, com especial atenção à vivência ocorrida no período em que se realizou o curso.

Processo de construção coletiva

O início do processo de construção do curso aconteceu após uma série de reuniões de articulação, envolvendo a Apasama, as coordenações estadual e municipal (Rio Branco) de Saúde Mental e os integrantes da Incubadora da Integralidade da Amazônia Legal. O marco inicial foi uma oficina envolvendo diversos atores dessas entidades, congregando gestores, trabalhadores, representantes do movimento social e estudantes em um processo de construção coletiva da proposta.

O planejamento envolveu três vertentes relacionadas ao curso: a programação do curso, a multiplicação programada e uma pesquisa que pudesse ser transversal a todo o processo. Os participantes foram divididos em três grupos e construíram as bases para cada âmbito. Iremos relatar a experiência do curso, deixando para outras oportunidades o processo de multiplicação e os resultados da pesquisa.

Na oficina foram delimitados os objetivos, princípios e as bases temáticas da formação. Também foram tomadas as principais decisões em relação a sua organização, que abrangeu a carga horária, público-alvo, quantidade de participantes e espaço físico necessário. Os objetivos construídos seguiram o que estava originalmente no projeto aprovado, sendo acrescentado um terceiro objetivo que potencializasse as lutas a partir desse processo. Sendo assim, os objetivos principais do curso foram: (1) desenvolver ações de fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares; (2) promover estratégias de construção de novas possibilidades de projetos de vida em que estejam inseridos o direito à saúde e à cidadania; e (3) estimular a articulação das pessoas em torno da principal entidade de representação de usuários em saúde mental: a Apasama.

Os princípios que nortearam a construção do programa do curso têm influência direta da pesquisa desenvolvida previamente pelo grupo (SILVEIRA et al., 2009) e de concepções de educação alternativas às tradicionais. São eles:

- **Concepção de loucura como diversidade** –Opõe-se à concepção encontrada predominantemente no imaginário popular e no fluxo de funcionamento do sistema de saúde no Estado do Acre, de loucura como periculosidade (SILVEIRA et al., 2009). Nos dados da pesquisa, foi marcante no território e na família o medo de pessoas com transtorno mental. Em caso de crise, quase sempre há a atuação da polícia, não existindo até então um treinamento específico de atenção à crise para uma equipe. Ao contrário, a loucura é entendida no contexto do curso como diferença/diversidade, sendo uma condição que aumenta a vulnerabilidade da pessoa, mas que pode ser entendida, expressa e trabalhada (cuidada) de maneiras alternativas como, por exemplo, por meio da arte.
- **Cidadania, direitos humanos e direito à saúde** – Essa é a perspectiva do curso, pois os usuários com transtorno mental são pessoas que estão

inseridas na sociedade (e não isoladas) e, como tal, devem ser respeitadas em sua plenitude. Além disso, habita um país cujas leis determinam que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Sendo assim, as necessidades especiais de sua condição devem encontrar uma oferta de serviços congruente com os princípios dos direitos humanos e da cidadania (PINHEIRO et al., 2013).

- **Importância da família e das redes de apoio social** – Entendendo que a desinstitucionalização constitui a base da luta antimanicomial, torna-se fundamental o estudo das potencialidades da família e das redes de apoio social, bem como a atuação das equipes de saúde junto a essas instâncias, visando fortalecer o cuidado no território (ALVES; SILVEIRA, 2011). O papel da Estratégia Saúde da Família nessa perspectiva de atuação é importante, sendo necessária a integração das unidades especializadas em saúde mental com o nível da Atenção Primária.
- **Atenção Primária como ordenadora do sistema** – De maneira complementar ao princípio anterior, este nível de atenção não pode atuar apenas na triagem e encaminhamento dos usuários com transtorno mental, permanencendo alheio ao processo de cuidado. Deve, sim, assumir a responsabilidade pelo cuidado de todos os pacientes na perspectiva territorial, fortalecendo a família e as redes sociais, agindo na coordenação do cuidado de maneira complementar e integrada aos outros níveis de atenção (STARFIELD, 2004). Ou seja, a equipe de saúde deve assumir o cuidado de usuários com transtorno mental leve a moderado e encaminhar (mas continuar acompanhando) aqueles com transtornos moderados a graves.
- **Desinstitucionalização e reforma psiquiátrica** – O curso e todo o processo que o envolve representam uma ação que visa fortalecer esse movimento. Por isso, tem sua base nessas concepções, utilizando conceitos que o norteiam e reforçando sua reprodução e multiplicação (AMARANTE, 1994).
- **Educação Popular e Saúde** – É influenciada de maneira marcante pela filosofia de Paulo Freire sobre Educação, numa crítica ao modelo tradicional e na proposta de uma educação libertária (FREIRE, 2011), encontrando

em diversas experiências na área da saúde um campo fértil para seu desenvolvimento (VASCONCELOS, 2001). A concepção pedagógica que norteia o curso é crítico-reflexiva, privilegiando o diálogo entre participantes e facilitadores e a construção conjunta do conhecimento. Procura partir da realidade dos participantes e a problematiza, num processo de tomada de consciência crítica, na perspectiva do direito à saúde.

- **Aposta nas pessoas** – Ainda sob influência de Paulo Freire nos processos educacionais, "Paulo sabia bem que por conta própria que a educação não muda o mundo. Educação muda as pessoas. As pessoas mudam o mundo" (BRANDÃO, 2005, p. 51). O curso aposta na valorização das pessoas, reconhecendo e dando visibilidade a suas experiências, num processo de produção de subjetividade e empoderamento como base para a ação responsável com o mundo.

O território pode ser compreendido como o ambiente vivido no cotidiano, localmente, que têm vizinhança, copresença e contiguidade como parâmetros, possibilitando a reunião de pessoas, instituições, empresas e espaços geográficos (MONKEN et al., 2012). Para a gestão pública, o território pode ser relacionado à área de abrangência de uma regional de saúde.

A história de vida e de adoecimento das pessoas com transtornos mentais reafirma a necessidade de garantias de direito à saúde e direito humano que possibilitem enfrentar o preconceito, o isolamento e processos de exclusão social, vivenciados ao longo décadas. "O espírito da Reforma Psiquiátrica se expressa de forma clara nesta Lei: II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade" (FERREIRA, 2011).

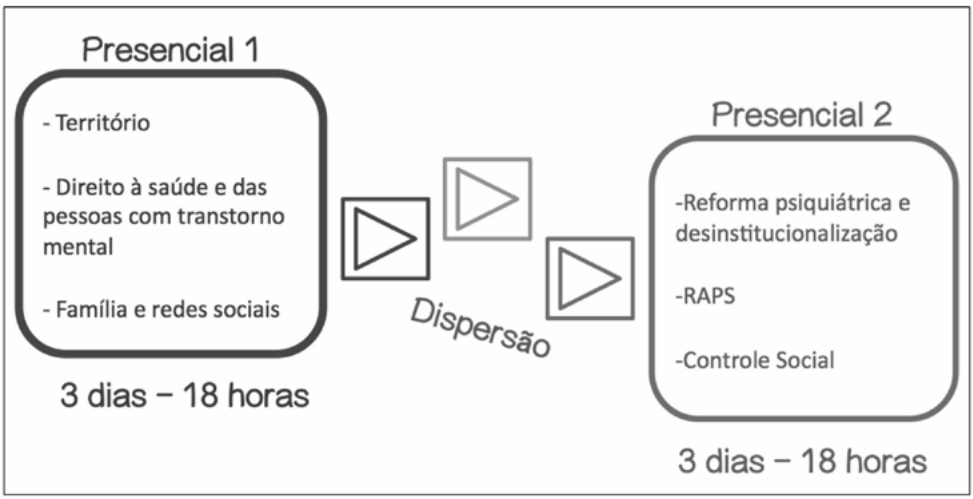
No processo de construção do curso, em consonância com os objetivos e princípios relacionados acima, partiu-se para definir a temática e a metodologia. Na oficina inicial, foi decidido oferecer uma carga horária total de 48 horas, sendo 36 horas presenciais distribuídas em dois módulos de 18 horas, com intervalo de 10 dias entre eles, e 12 horas destinadas a tarefas realizadas no período de dispersão (figura 1).

O conteúdo temático foi construído incorporando as experiências anteriores da pesquisa realizada, assim como as necessidades apresentadas pela Apasama, conforme o objetivo de fortalecer essa entidade representativa do movimento social. As seguintes temáticas fizeram parte do curso:

- Território e saúde;
- Direito à saúde e direito das pessoas com transtorno mental;
- Família e redes sociais;
- Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização;
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Controle Social.

A distribuição das temáticas nos módulos foi realizada conforme demonstrado na figura 1. Foram construídos objetivos específicos para cada tema, o que permitiu elaborar as metodologias utilizadas.

Figura 1. Esquema organizacional e temática do curso Saúde Mental e Cidadania na Vida Cotidiana – Incubadora da Integralidade da Amazônia Legal - Lappis/Apasama



Fonte: APASAMA, 2016.

Considerando a concepção pedagógica do curso, crítico-reflexiva, houve naturalmente a necessidade de diversificar as técnicas pedagógicas, utilizar metodologias ativas e privilegiar a perspectiva e o protagonismo dos participantes, mantendo os tutores no papel de facilitadores de aprendizagem.

> A metodologia ativa (MA) é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções. (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Para a escolha das atividades, o grupo de tutores se baseou em experiências anteriores das quais os integrantes da Incubadora da Integralidade haviam participado, como o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, promovido pelo Lappis em Rio Branco em 2012, o curso Caminhos do Cuidado, realizado pelo Ministério da Saúde e parceiros em 2014 e o Curso de Preceptoria da Associação Brasileira de Educação Médica, realizado em Rio Branco em 2012 e 2015[1]. Na programação foram incluídas aulas expositivas, trabalhos de construção em grupo, filmes e dinâmicas. No quadro 1, encontram-se relacionados os objetivos e a metodologia de cada temática. Vale ressaltar que, ao final de cada dia, realizou-se avaliação com utilização de metodologias distintas em cada momento.

1 Algumas atividades foram adaptadas desses processos anteriores, como é o caso do Mapa do território (Caminhos do Cuidado – MS/Fiocruz/GHC/ETSUS) e do "panorama sobe / desce" (Curso de Preceptoria da ABEM), sendo necessário creditá-los aos mesmos.

Quadro 1. Programa do Curso de Saúde Mental e Cidadania na Vida Cotidiana – Incubadora da Integralidade da Amazônia Legal - Lappis/APASAMA.

Temática	Objetivos	Atividades
Território e saúde	Reconhecer o local onde vivem (território), as estruturas, dinâmicas de vida e potencialidades para o cuidado das pessoas com transtorno mental.	Trabalho em grupo - Construção do mapa do território identificando dispositivos de cuidado em Saúde Mental.
Direito à Saúde e das pessoas com Transtorno Mental	Construir o entendimento da saúde como direito e reforçar o princípio constitucional "saúde é um direito do povo e dever do Estado" (BRASIL, 1988), base para a implantação do SUS no Brasil. Entender o processo de desinstitucionalização na perspectiva de direito humano das pessoas com transtorno mental. Conhecer os dispositivos que contribuem para a efetivação dos direitos das pessoas com Transtorno Mental.	Trabalho em grupo – "memória viva" – relatos sobre casos reais de pessoas com transtorno mental. Filme: Bicho de sete cabeças, de Laís Bodanzky.
Família e Redes Sociais	Compreender a família como um sistema. Entender as reações familiares mais comuns quando algum membro adoece. Compreender a importância da família nas ações terapêuticas. Conhecer e utilizar os instrumentos de análise de família e redes sociais: genograma e ecomapa	Trabalho em grupo - Construção do conceito de família Desenho da família Leitura de texto sobre genograma e ecomapa – Aula dialogada sobre o tema. Aplicação dos instrumentos.
Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização	Compreender, em linhas gerais, a história reforma psiquiátrica numa perspectiva processual, como uma conquista da população e dos movimentos sociais. Valorizar o processo de desinstitucionalização como uma ação ligada aos direitos humanos dos usuários, no seu processo de reinserção na sociedade.	Vídeo e debate sobre desinstitucionalização. Filme: Nise - o coração da loucura, de Roberto Berliner. Mosaico - Construção dos marcos históricos da reforma psiquiátrica.

continua...

Temática	Objetivos	Atividades
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Reconhecer os dispositivos da RAPS conforme a normatização e inserção nas redes de atenção do SUS. Analisar o sistema de saúde no Acre e os dispositivos da RAPS no Estado a partir da vivência das pessoas em seus itinerários terapêuticos	Trabalho em grupo - Discussão de caso. Retorno ao mapa do território e discussão de outras possibilidades de cuidado conforme o caso debatido.
Controle Social	Entender como funcionam os espaços formais de controle social e sua potencialidade para o aumento das conquistas em saúde mental. Valorizar a participação dos movimentos sociais nos espaços formais de controle social, como espaço político de luta pelos direitos humanos e pela efetivação da reforma sanitária no Acre.	Aula dialogada sobre o tema. Dramatização de reunião de conselho. Construção de propostas para a Apasama.

Fonte: APASAMA, 2016.

O desenvolvimento do curso

Partindo do pressuposto freireano, em que "o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético, e não um favor que podemos ou não conceber uns aos outros" (FREIRE, 2011, p. 58), a primeira turma do curso Saúde Mental e Cidadania na Vida Cotidiana aconteceu no mês de maio de 2016. Participaram membros da Apasama e pessoas indicadas pela entidade, que incluiu um total de 25 pessoas, entre usuários, familiares, agentes comunitários de saúde, psicólogos e assistentes sociais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do curso de Psicologia.

O curso contemplou três regionais de saúde do município de Rio Branco, identificadas por unidades de saúde vinculadas à área de abrangência e que compõem a rede substitutiva da atenção à Saúde Mental na Atenção Primária, de acordo com a proposta da desinstitucionalização (Unidades de Referência de Atenção Primária: Francisco Roney Meireles, Augusto Hidalgo de Lima e Rozângela Pimentel Figueira).

Com o uso de metodologias ativas, buscou-se incentivar a participação e interação do grupo durante todo seu percurso presencial e de dispersão, com atividades que promoveram a análise crítico-reflexiva da rede de atenção à saúde mental existente no município, fomentando o protagonismo dos participantes no território.

O primeiro módulo foi realizado entre os dias 04 a 06 de maio de 2016. O acolhimento inicial contou com uma mesa de abertura, com participação dos representantes da Apasama, da Área Técnica de Saúde Mental estadual e do município de Rio Branco. A seguir foi apresentada a proposta do curso, com a duração, temáticas e metodologia proposta para o desenvolvimento das atividades. Durante a apresentação, uma participante pediu para falar de sua vivência e do desejo de que a rede de atenção em saúde mental melhorasse. Disse que se sentia sozinha, que tenta ser escutada, que às vezes precisa gritar para conseguir algo, pois parece que ninguém a vê. Por isso, muitas pessoas dizem que é louca, mas prefere ser louca a ser omissa (APASAMA, 2016).[2] Logo no início do curso, ficou clara a situação de invisibilidade e de falta de reconhecimento das pessoas, o que deu o tom inicial aos debates que se anunciavam.

A primeira atividade desenvolvida pelos participantes foi o "Panorama Sobe / Desce", que teve como objetivo identificar a interesses ou problemas para a participação do curso. Como elementos motivadores, foram destacados pelos participantes o fortalecimento da RAPS, união para melhorar a saúde mental, aprendizado e conhecimento. Como fator para desmotivação, destacaram os entraves na gestão da rede de atenção à saúde mental, o horário do curso e disponibilidade de tempo. Estes dois últimos aspectos geraram uma negociação consensual sobre a diminuição da duração diária das atividades, de forma a motivar a presença e pontualidade. O acordo contemplou mudanças na carga horária para quatro horas diárias, mantidas no turno da tarde.

2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estruturas substitutivas aos manicômios que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), associados a outras estruturas existentes como os serviços residenciais terapêuticos, consultórios na rua e centros de convivência. Nos CAPS são acolhidos os usuários com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer o tratamento necessário (BRASIL, 2004). O município de Rio Branco dispõe atualmente de apenas um CAPS com foco em álcool e drogas, o único especializado no Estado, que não atende a outros transtornos mentais. Observa-se que a unidade tem dificuldades no atendimento à demanda de usuários.

Na sequência das atividades, a turma foi distribuída em quatro grupos, contemplando as diversas representações participantes. Os grupos interagiram durante todo o curso, pois no processo de construção coletiva era necessário resgatar as discussões anteriores, a partir das percepções e consensos já trabalhados.

A atividade de reconhecimento do território foi realizada de forma que os integrantes identificassem em desenhos os recursos existentes e os espaços de cuidado em saúde mental no seu bairro e na cidade. Nesse momento, cada grupo criou também uma identidade, a partir da escolha de nomes, que foram: "para se ter qualidade de vida", "os assistidos", "vida" e "ajudar". Na apresentação da atividade, alguns usuários compartilharam sua história de adoecimento e busca pelo cuidado, falando das dificuldades e potencialidades existentes no território, tecendo sua rede de cuidado própria ao buscar apoio. Uma participante contou sobre os caminhos que procurou quando teve depressão e síndrome do pânico, evitando o Hosmac, buscando a unidade de atenção básica, igreja e centro cultural.

A análise possibilitou perceber os espaços por onde os usuários da saúde mental circulam no cotidiano, para além dos dispositivos assistenciais. Alguns grupos que reuniam mais profissionais de saúde se fixavam principalmente nas estruturas institucionais de assistência. Cada participante enriqueceu a discussão a partir de sua vivência, quando puderam ampliar o entendimento a partir das apresentações que incluíam outros locais não convencionais de cuidado, considerando os recursos formais e informais existentes.

A reflexão sobre o que é loucura iniciou-se a partir dos comandos: desenhe o que a loucura representa para você e o que fez quando se deparou com uma situação de loucura na sua vida? O objetivo da atividade foi refletir sobre a compreensão da diversidade e do direito à cidadania das pessoas com transtorno mental.

A loucura foi representada em desenhos e frases como "utopia do autoconhecimento" (referente a uma experiência considerada como lapso de autoconhecimento ao querer tudo ao mesmo tempo: cachaça, cocaína, cigarro, ayahuasca e sexo) ou um sol (assim são consideradas as pessoas que têm surtos: em algum momento perdem seus sentidos. Como o sol, vem e vai, uma hora bem forte, depois mais suave). Também tiveram destaque figuras humanas

com pensamentos (dúvidas, formas rabiscadas) e palavras como desespero, abandono e diferente.

Finalizando o primeiro dia do curso, na avaliação os participantes foram convidados a refletir sobre "o que conheci, pensei, construí e senti". Os relatos foram escritos por eles, sendo destacados no dia seguinte em nuvens de ideias (figura 2).



Fonte: APASAMA, 2016.

O segundo dia iniciou-se com o resgate das discussões do dia anterior. A atividade seguinte foi em grupo, onde cada um relatou um caso real de busca por cuidado e, a partir do compartilhamento, escolhiam por consenso uma experiência para apresentar à turma. Nos relatos dos casos, algumas questões-

chave foram trazidas para o cenário: a falta de informação para a família, a falta de acompanhamento no serviço, necessidade de assumir suas limitações, isolamento social, falta de segurança, dificuldade de acesso, preconceito, privação de liberdade pela família, medo do Hosmac, medicalização, falta de dignidade humana, recebimento de benefícios sociais e empoderamento da família. A partir das questões, os participantes foram incentivados a reconhecer aspectos relacionados ao Direito à Saúde e Direitos Humanos.

A temática foi aprofundada na sessão do "cine pipoca" com o filme *Bicho de Sete Cabeças*, tendo como objetivo promover a reflexão sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e o tratamento nos manicômios. Na roda de conversa do filme, os participantes relataram o que mais chamou sua atenção nas cenas, como: um jovem descobrindo a vida, lavagem cerebral na clínica, relações familiares, isolamento e tratamento, falta de informação e conhecimento, atuação dos profissionais, modelo de atenção, medicalização e falta de acolhimento.

Na avaliação dos participantes ao final do dia, em uma palavra, surgiram: desconstrução, sensibilização, apoio, impacto, reflexão, consciência, acreditar, conhecimento, aprendizado, sabedoria, respeito, valorização, amizade, construção.

O último dia do módulo trouxe para a roda a discussão sobre família. Individualmente, cada participante foi convidado a escrever em uma folha o significado de *família*. A seguir, se reuniram nos grupos, construindo um conceito único. Os conceitos apresentados abordaram diversos arranjos familiares da sociedade atual e o papel fundamental desta no cuidado às pessoas com transtorno mental. Para completar a reflexão, foi desenvolvida a dinâmica da Teia. Ao jogar o barbante, a pessoa citava uma palavra que significasse *família*. Depois, foram colocados bonecos na rede, simbolizando a família e a importância desta enquanto sistema de apoio e cuidado. O próximo passo foi desenhar sua própria família e expor na parede. Os participantes circularam por todas as imagens, analisando as diversas composições familiares existentes no grupo.

Os depoimentos dos participantes nas atividades sobre a família foram fortes e complexos, demonstrando a confiança no grupo ao expor situações vividas de preconceito e violência, por exemplo. Uma fala marcante começou abordando as mudanças atuais na família, comentando que no Brasil antes só era considerada

a família tradicional, mas que hoje as leis mudaram e há casamento entre pessoas do mesmo sexo e adoções, e mesmo as religiões evangélica e católica estão aceitando mais. Em seguida ela contou sua história: casada com um marido autoritário que a ameaçava de violência e morte, comportamento que até há pouco tempo era apoiado pelas próprias famílias, sendo aceita até morte por crime de honra. Ela se separou e cuidou sozinha dos filhos.

No momento seguinte, foi distribuído um texto para cada grupo, subsidiando a compreensão do Genograma, instrumento que permite descrever e ver como uma família funciona e interage, visualizando suas relações até três gerações, e do Ecomapa, instrumento que identifica as relações e ligações da família e seus membros com o meio e a comunidade onde habitam (BRASIL, 2013). A seguir, foi realizada uma exposição dialogada sobre a construção desses instrumentos de análise familiar e, dando continuidade à reflexão, os participantes foram distribuídos em duplas, para elaboração de um Ecomapa e um Genograma.

Finalizando o módulo, os participantes foram orientados para o momento *dispersão*. Cada um recebeu um diário personalizado, e foi convidado a relatar histórias de vida e adoecimento de pessoas com transtorno mental, relacionando às questões desenvolvidas no curso.

A avaliação do primeiro módulo do curso foi através das questões "que bom, que pena, que tal". De forma geral, os participantes avaliaram como boa a realização do curso e a oportunidade de participação, reflexão e aprendizado, os laços de amizade produzidos. Destacaram como ruim o pouco tempo, a ausência de alguns e sugeriram: voltar logo, utilizar mais música e ter mais dinâmicas.

Vivenciando o segundo módulo

Após uma semana de dispersão, o segundo módulo foi desenvolvido em três dias, abordando as temáticas: Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, RAPS e controle social. Reiniciando no dia 18 de maio, o Dia da Luta Antimanicomial, o curso aconteceu junto às atividades promovidas pelos movimentos sociais da saúde mental em alusão à data, realizadas durante todo o dia na Universidade Federal do Acre. Houve exposição de quadros e vivência

do Projeto Arte de Ser[3], instalação da RAPS, peça teatral, exibição do filme *Nise - o coração da loucura* e roda de conversa.

O segundo dia foi iniciado com o resgate das atividades do dia anterior, que não contou com a presença de todos os alunos participantes. Dando continuidade, foram formados três grupos para compartilhamento da vivência produzida no diário de campo da cada participante, com a orientação para que cada grupo elegesse um relato para socializar com a turma. Sentindo necessidade de contar seus relatos, cada participante apresentou sua produção, suscitando debates sobre os encaminhamentos e modos de produção do cuidado nas situações apresentadas.

A atividade seguinte foi a exibição do vídeo sobre a RAPS, com a fala do psiquiatra Roberto Tykanori, ex-coordenador da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, seguido de roda de conversa. O vídeo abordou a organização dos serviços para o cuidado em saúde a partir da Reforma Psiquiátrica. A temática do território foi retomada e cada grupo foi convidado a (re)significar o mapa produzido anteriormente, a partir da proposta da Rede.

A implantação da RAPS no município de Rio Branco ainda é considerada incipiente. A partir dos relatos de usuários, é possível perceber a dificuldade de acesso aos serviços substitutivos de saúde mental, bem como a fragilidade de atendimento pelas equipes de atenção básica, o que dificulta o processo de desinstitucionalização. Apesar de alguns avanços existentes, principalmente no que se refere à qualificação dos serviços da atenção primária como referência para o atendimento às pessoas com transtorno mental, os desafios ainda são grandes. Analisando a saúde mental no Estado, Silveira et al. (2011) descrevem:

> […] no caso particular no Acre, ainda são necessários avanços mais significativos na constituição da rede de unidades de atuação territorial em saúde mental, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, leitos em hospitais gerais e treinamento de equipes de atenção primária e de urgência e emergência. Esse fato coloca importantes desafios na trajetória de construção da atenção em saúde mental no Acre.

3 O Projeto *Arte de Ser* acontece há seis anos em Rio Branco-AC e começou como uma oficina de livre expressão artística para pessoas com transtornos mentais, inspirado no trabalho da psiquiatra Nise da Silveira. Atualmente está em processo de transformação para ser um Centro de Convivência.

Na avaliação final do dia, cada grupo foi convidado a escolher uma música que representasse sentimentos com o aprendizado produzido no curso. As músicas escolhidas foram: *É preciso saber viver*, dos Titãs; *Pau podre*, de Beto Brito; *Vai dar tudo certo*, de Valdeci da Silva Aguiar e *Rehab*, de Amy Winehouse, que aborda a questão da internação e não aceitação pelo usuário.

No último dia do curso, o tema central foi participação social. As atividades foram iniciadas com uma dramatização relacionada à temática, a partir de uma situação-problema identificada pelos participantes. Um tutor abordou o papel do controle social na saúde mental e o fortalecimento da rede de cuidado, com destaque para o papel da Apasama enquanto entidade de representação social na área. Para finalizar o debate, a turma foi convidada a encenar uma reunião do conselho de saúde, em que cada participante assumiu um papel, representando paritariamente os segmentos e levando o grupo a refletir sobre o papel do gestor, trabalhador e usuário no SUS.

O passo seguinte foi a construção de um conjunto de "bandeiras de luta" para a Apasama, quando cada participante apresentou uma proposta. Como prioridade, a turma apresentou a necessidade de ampliação de equipes multiprofissionais nas unidades, implantação e ampliação de CAPS, acompanhamento domiciliar para os paciente com alta do Hosmac, garantia de recursos para cursos de capacitação dos profissionais, melhorar a atenção ao paciente com transtorno mental na unidade de saúde da Atenção Primária, criação de alojamento com dormitório para idosos e moradores de rua e criação de hortas e jardinagem da Apasama, para renda da instituição.

Finalizando o curso, a turma foi convidada para a etapa seguinte, um encontro para discutir as estratégias de multiplicação do projeto no território, nas áreas de abrangência de três distritos sanitários da capital. Na avaliação final, com uma palavra, os participantes falaram de seus sentimentos com relação ao curso: produção, desconstrução, esperança, conhecimento, terapia, sucesso, valorização, desenvolvimento, sensibilização, renovação, interação, articulação, alegria e fortalecimento.

Da invalidação do sujeito ao direito à cidadania: um relato da vivência dos tutores

Durante o desenvolvimento do curso, na roda com usuários, acadêmicos, familiares e profissionais de saúde, foram relatadas, com simplicidade, situações que afetam o cotidiano das pessoas com transtornos mentais e suas relações. Pensar a loucura é refletir sobre direitos, e sobretudo sobre como o direito a uma vida digna foi retirado de algumas pessoas. É refletir sobre a organização da Rede de Atenção Psicossocial, em suas redes formais e informais, sobre os serviços estatais que respondam às necessidades sociais dos usuários, na perspectiva da garantia dos Direitos Humanos.

O direito à informação adequada sobre diagnóstico, tratamento e cuidados com o usuário de saúde mental nem sempre é respeitado. De acordo com a fala da maioria dos participantes, a rede de assistência não está preparada para atender, ouvir e acolher a pessoa com transtorno mental e seu familiar. Encaminhamentos inadequados e a falta de resolubilidade no sistema contribuem para que esses usuários muitas vezes fiquem à margem da Rede.

A falta de cuidado não ocorre apenas com o usuário, mas também com o familiar, que não sabe como enfrentar a situação, não consegue se planejar. Conforme relato de uma participante, cada dia é uma expectativa na vida de uma pessoa com transtorno mental.

A segregação ainda é vista por alguns profissionais - e mesmo usuários e familiares - como uma alternativa, muitas vezes considerada a única na falta de outras opções de tratamento. Realidade distante do que outros profissionais e familiares desejam, em que cuidar não signifique enclausurar, deixar esquecido ao abandono, mas olhar o diferente como diferente, proporcionar alternativas que substituam os serviços existentes sob uma nova ótica.

O curso deu voz aos sujeitos que lutam por mudanças e pela Reforma Psiquiátrica, suas queixas, angústias, sentimentos, necessidades, histórias de vida e adoecimento protagonizadas ao longo de sua existência, mesmo com a invisibilidade de suas lutas cotidianas. Reconhecer o protagonismo dos usuários com transtornos mentais e seus familiares é repensar o cuidado como uma ação ético-política na construção de práticas de integralidade, dando visibilidade às suas necessidades, na produção do comum (PINHEIRO, 2010).

Considerações finais

As avaliações das atividades desenvolvidas ao longo do curso indicaram que houve uma ampliação no entendimento dos participantes sobre cuidado a pessoas com transtornos mentais. No começo do curso, havia um foco maior nas instituições de saúde existentes, com forte presença do Hosmac nas falas. Como sugestões de melhoria da rede de cuidado, ao final da formação, foram incluídas ações que inicialmente não estavam identificadas como possibilidades e alternativas. Entre as sugestões de possibilidades para atuação da Apasama, criadas pelos alunos, podemos destacar a implantação de outros CAPS, ampliação das equipes multiprofissionais de apoio à Atenção Primária, acompanhamento domiciliar para pacientes após as crises e ampliação de unidades de acolhimento.

Ao longo do processo formativo, constatou-se que a presença dos alunos diminuiu, contabilizando uma evasão de dez pessoas. No entanto, os participantes que frequentaram com mais assiduidade e envolvimento foram os que se engajaram posteriormente, tanto no momento de multiplicação das atividades no território quanto na própria inserção na Apasama.

Após a realização do primeiro curso, houve uma mobilização dos membros e parceiros da Apasama para a eleição para a nova diretoria da entidade no triênio 2016-2019. O mandato da gestão anterior havia vencido há quatro meses e não houve quórum para convocação de novas eleições. No processo, foi encaminhada a composição de uma chapa única, eleita em julho de 2016. A atual presidente e outras duas diretoras da Associação são participantes do curso (alunas e tutora), o que evidencia a aproximação de um dos objetivos do projeto: o fortalecimento da Apasama.

A próxima etapa será de identificação dos itinerários de cuidado de usuários da saúde mental no território e mobilização das pessoas que atuam na RAPS, com ênfase nos espaços da Atenção Primária. Também está prevista a formação da segunda turma do curso *Saúde mental e cidadania na vida cotidiana*, a ser finalizada ainda em 2017.

Referências

ALVES, C.C.F.; SILVEIRA, R.P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território de desinstitucionalização. *Revista APS*, v. 14, n. 4, p. 454-463, out./dez. 2011.

AMARANTE, P.D.C. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

APASAMA. *Relatório do primeiro módulo do curso*. Formato digital. Apasama, 2016.

BRANDÃO, C. R. *Paulo Freire, educar para transformar*: fotobiografia. São Paulo: Mercado Cultural, 2005.

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>

BRASIL. *Saúde mental no SUS:* os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. *Caminhos do cuidado*: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FERREIRA, G. *Direitos humanos na cidade dos excluídos*: estratégia de cidadania. Saúde e direitos humanos. Brasília, ano 7, v. 7, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

MONKEN, M. et al. *O território na saúde*: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf Acesso em: 25 jul 2016

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-JR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2010. p. 17-37.

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.; MULLER NETO, J.S.; TICIANEL, F.A. et al. (Orgs.). *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. 33-54.

SILVEIRA, R.et al. Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário:* abordagem multicêntrica. Recife: UFPe, 2009. p. 95-102.

SILVEIRA, R. et al. Mediação e circulação da dádiva no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Acre. In. PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 111-122.

SOBRAL, F.R., CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. V. 46, n. 1, p. 208-18, 2012.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, n. 8, 2001.

Os autores desta coletânea

Agnes Heller – filósofa, professora da New School for Social Research, Nova York, Estados Unidos.

Altair dos Santos Lira – pesquisador do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas, ISC/UFBA (altairlira@gmail.com).

Ana Clara Rebouças Carvalho – professora do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica (UFBA); pesquisadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (anaclararebouças@gmail.com).

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira – professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva

Ana Lucia Coelho Heckert – doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense, Brasil; professora associada da Universidade Federal do Espírito Santo.

André Luis de Oliveira Mendonça – professor adjunto, Instituto de Medicina Social da UERJ (alomendonca@gmail.com).

Camila dos Santos Souza Andrade – doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA), Mestre em Saúde Coletiva/UEFS (camila_s.souza@hotmail.com).

César Augusto Paro – fonoaudiólogo sanitarista; especialista em Gestão de Saúde; mestrando em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); Professor Substituto da Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/UFRJ (cesaraugustoparo@gmail.com).

Clarice dos Santos Mota – professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA); vice-coordenadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (motaclarice@yahoo.com.br).

Dário Frederico Pasche – doutor em Saúde Coletiva; professor de Saúde Coletiva da UFRGS (dario.pasche@gmail.com.br).

Diana Anunciação Santos – doutora em Ciências Sociais, professora assistente A do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - CCS/UFRB (diana.anunciacao@ufrb.edu.br).

Domisy Vieira Anute – enfermeira, especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem e Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde; coordenadora da área técnica de Doenças Crônicas da Secretaria de Estado de Saúde (Sesacre).

Eliene dos Santos de Jesus – bióloga sanitarista; subcoordenadora de Informações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (lnsantosjesus@gmail.com).

Emelym Daniela S.Tonelly – psicóloga, área técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Érica Fabíola Silva – enfermeira, especialista em Saúde da Família, Linhas de Cuidado em Enfermagem e Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde. Servidora Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco.

Esther Vilela – obstetra, coordenadora-geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, no período 2011/2016 (mariaesther.vilela@gmail.com).

Eufrasia Cadorin – odontóloga, mestranda em Ciências da Saúde, professora do Curso de Odontologia do Centro Educacional do Norte – Uninorte.

Fabio Hebert da Silva – graduação em Psicologia (UFES), mestrado em Psicologia (UFF), doutorado em Educação (UFES); professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional UFES.

Felipe Dutra Asensi – pós-doutor em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ). Mestre em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Cientista Social formado pela UERJ. Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ. Editor Adjunto da "Coleção Integralidade" na CEPESC Editora. Vice-líder do LAPPIS (felipedml@yahoo.com.br).

Gilson Saippa Oliveira – professor associado do Instituto de Saúde de Nova Friburgo - UFF.

Gustavo Nunes de Oliveira – graduação em Medicina (Unicamp), Residência em Medicina Geral e Comunitária (Unicamp), mestrado em Saúde Coletiva (Unicamp), doutorado em Saúde Coletiva (Unicamp), professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Isabela Garcia dos Santos – graduanda em Saúde Coletiva da UFRGS (igs27@live.com).

Janaína Braga de Paiva – pesquisadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (janainapaivanutri@gmail.com).

João Miguel Diógenes de Araújo Lima – mestre em Sociologia; professor-orientador em cursos de especialização da *Pótere* Social / Faculdade Ratio, Fortaleza-CE (jmlimabr@gmail.com).

Juliana Lofego – jornalista, doutora em Informação e Comunicação em Saúde; professora do Curso de Jornalismo da Universidade Federal do Acre.

Karina Moraes Bermudez – psicóloga; especialista em Saúde Mental; mestranda em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF); servidora da FMS/Niterói, Coordenadora da Divisão de Ensino e Pesquisa da Rede de Saúde Mental de Niterói – DEP (karinabermudez@ig.com.br).

Leny Alves Bonfim Trad – professora titular do 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).

Léo Pedrana – doutorando do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (leo.pedrana@gmail.com).

Lilia Blima Schraiber – professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva (liliabli@usp.br).

Lilian Koifman – professora associada IV Instituto de Saúde Coletiva UFF.

Mara Fregapani Barreto – formada em Psicologia pelo UNICEUB/DF e em Direito pelo IESB-DF; Especialista em Ensino Superior pela UnB e Direito Penal pela Faculdade Processos-DF; coordenadora-geral de Reintegração Social e Ensino do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça.

Marcelo Luciano Vieira – assistente social, doutor em Ciências pelo ICICT/Fiocruz e mestre em Serviço Social pela PUC-Rio; pós-doutorando em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ; professor do Quadro Complementar do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio (mlucianopuc@gmail.com).

Marden Marques Soares Filho – formado em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília; especialista em Política de Saúde Mental e Instituições pela Fiocruz/RJ; mestre em Ciência Política, com foco em Direitos Humanos, Cidadania e Violência pela UNIEURO/DF; coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (marden.filho@mj.gov.br).

Maria Carolina de Andrade Freitas – psicóloga; doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo; mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo; especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitário Newton Paiva; professora na Universidade de Vila Velha.

Maria Elizabeth Barros de Barros – doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; pós-doutorado Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo.

Marie Agnes Aliaga – doutoranda do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (marie.agnes.aliaga@gmail.com).

Marina Maria – mestre em Comunicação, Informação e Saúde (Icict/Fiocruz), jornalista do Icict/Fiocruz e editora do site PenseSUS – A reflexão fortalece essa conquista (marina.maria@icict.fiocruz.br).

Neires Alves Freitas – profissional de Educação Física; especialista em Saúde da Família; mestranda em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (neiresfreitas@hotmail.com).

Pablo Francisco Di Leo – doctor de la UBA en Ciencias Sociales; posdoctorado del Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro (IMS-UERJ); magíster de la UBA en Políticas Sociales; licenciado en Sociología, UBA; investigador CONICET, con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), UBA (pfdileo@gmail.com).

Rodrigo Silveira – médico de Família e Comunidade, Doutor em Saúde Coletiva, Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (ropsilveira@gmail.com).

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, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (rosenisaude@uol.com.br).

Samuel da Luz Barros – chefe de Divisão da Gerência de Igualdade Racial da prefeitura de Recife (samuelluzbarros@hotmail.com).

Silvia Alejandra Tapia – Magíster de la UBA en Políticas Sociales, Licenciada en Sociología (UBA), Doctoranda de la UBA en Ciencias Sociales; Becaria CONICET, con sede en el IIGG, UBA. Dirección electrónica: silviaatap@hotmail.com

Valéria Matos – enfermeira, especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Acre.

Vinícius Azevedo Machado – pedagogo; doutorando em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); professor, Universidade do Estado do Amazonas – UEA (vmachado@uea.edu.br).

Vivian de Carvalho Reis Neves – mestranda em Saúde Coletiva UFF.

Yeimi Alexandra Alzate López – professora adjunta I do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA). Pesquisadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas (yeimi79@gmail.com).

Apêndice

XV SEMINÁRIO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
EDIÇÃO MULTICÊNTRICA – 15 ANOS
EDIÇÃO REGIÃO SUDESTE – 19 A 22 DE MAIO DE 2015 - UERJ

TEMA:
"PRODUÇÃO, VISIBILIDADE E DEMOCRATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO: AS PRÁTICAS COMO FONTE DE TEORIA VIVA NA SAÚDE COLETIVA"
APOIO: OPAS/IMS-UERJ

PROGRAMAÇÃO

DIA 19/05/2015

ATIVIDADE PRÉ-SEMINÁRIO 2º MINICONGRESSO DA BVS INTEGRALIDADE EM SAÚDE

09h-17h – Treinamento no Laboratório da Rede Sirius (UERJ)

DIA 20/05/2015

Local: Auditório da Rede Sirius – UERJ

8h30 - Mesa de abertura

9h - Conferência de Abertura - O cuidado emergente na sociedade contemporânea: práticas, modos de ação e de relação - Madel Luz – professora titular aposentada da UERJ e UFRJ e colaboradora do PPGCol UFRGS

10h-12h - Mesa-redonda - Comunicação pública do conhecimento científico e tecnológico: desafios, caminhos da cooperação técnica ao promover a produção e operação descentralizadas de fontes de informação
Coordenadora: Luciana Danielli – coordenadora da BVS Fiocruz
Expositores:
Cristina Dotta Ortega – Escola de Biblioteconomia da UFMG
Eliane Colepícolo – bibliotecária, Chefe da Seção de Acesso a Bases de Dados da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
Roseni Pinheiro- líder do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS e Professora Adjunta IMS-UERJ

12h30-13h45 - Almoço

13:45h-17h - Mesa-redonda - Direito à comunicação e informação na saúde: democratização institucional, diálogos e justiça social na afirmação das práticas do direito à saúde
Coordenador: Janine Cardoso – professora do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde ICICT/Fiocruz
Expositores:
Juliana Lofego – professora do curso de Comunicação da Universidade Federal do Acre
Rodrigo Murtinho – vice-diretor do ICICT/FIOCRUZ
Marcelo Vieira – professor da Faculdade de Serviço Social da PUC/RIO e membro da Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação

DIA 21/05/2015

Local: Auditório do IMS/UERJ

9h-12h30 - Mesa-redonda - Fronteiras da formação para a integralidade do cuidado: novas práticas pedagógicas, informacionais e de intervenções centrados nos usuários
Coordenadora: Lilian Koffman – professora associada do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense e Vice- Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFF
Expositores:
Tatiana Gerhardt – Professora Adjunta PPGCol UFRGS e Coordenadora da Comissão de Ciências Sociais e Humanas da Abrasco
Maria Elizabeth Barros e Barros – Professora Titular da Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional/UFES
Maria de Fátima Martins – Coordenadora da Rede de Bibliotecas da Fiocruz (FIOCRUZ)
Lilia Blima Schraiber - Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da USP

12h30-13h45 - Almoço

13h45-14h - Entrega de homenagens

14h-17h - Mesa-redonda - O Livro como narrativa científica para o conhecimento sobre as práticas na Saúde Coletiva
Coordenadora Madel Therezinha Luz – professora titular aposentada da UERJ e UFRJ e colaboradora do PPGCol UFRGS
Expositores:
João Carlos Canossa – editor da Fiocruz Editora e ex-Presidente da Associação Brasileira de Editoras Universitárias
André Mendonça – professor adjunto do PPGSC do IMS/UERJ
Leny Trad – professora associada IV do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e coordenadora do Programa de pesquisa Comunidade, Família e Saúde - Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas ISC/UFBA
Guilherme Werneck – representante da área da Saúde Coletiva na CAPES
Sérgio Trad – servidor do Ministério da Justiça, professor da Faculdade de Medicina da UFBA e pesquisador associado ao grupo de pesquisa Comunidade, Família e Saúde - ISC/UFBA

DIA 22/05/2015

Local: Centro de Capacitação do Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte
9h-12h – Mesa-redonda: Vulnerabilidade social, direitos humanos e minorias: desafios políticos, científicos e formativos na elaboração de repostas e reconhecimento das demandas por saúde
Coordenadora: Tatiana Coelho Lopes – Linha de Pesquisa do Hospital Sofia Feldman
Expositores:
Thereza De Lamare – coordenadora da Área Técnica de Saúde de Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde,
Gustavo Nunes de Oliveira - professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,
Fábio Hebert – professor adjunto do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional/UFES
Aluisio Gomes da Silva Jr – professor associado e Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da UFF
Elza Machado de Melo – Faculdade de Medicina, Departamento Preventiva e Social da UFMG

14h-17h – Reunião científica do grupo de trabalho Incubadora da Integralidade
Coordenadora: Roseni Pinheiro
Participantes: integrantes da rede multicêntrica de Pesquisa Incubadora da Integralidade

XV SEMINÁRIO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
EDIÇÃO REGIÃO CENTRO-OESTE – 29 DE JUNHO A 03 DE JULHO DE 2015 - UNB
APOIO: FAPDF

TEMA:
"PRODUÇÃO, VISIBILIDADE E DEMOCRATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO: AS PRÁTICAS COMO FONTE DE TEORIA VIVA NA SAÚDE COLETIVA"

PROGRAMAÇÃO

Dia 29/06/2015

9h-13h - Oficina: Gênero, sexualidade, violência, direitos sexuais e reprodutivos e a integralidade na assistência à saúde (coordenação: Prof.a Claudia Mara Pedrosa, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB). Oferta do DSC/FCS/UnB.

Detalhes: O objetivo é discutir e problematizar a noção de integralidade a partir das questões em destaque e apresentar experiências inovadoras que tem construído práticas adequadas e coerentes às políticas de equidade em saúde. Horário: 9h às 13h. 40 vagas. Local: Auditório 2, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, UnB. Carga horária: 4 horas

Dia 30/06/2015

9h-13h / 14h-18h - Oficina: Fórum de Conferências Livres de Saúde (coordenação: movimento de Conferências Livres do DF). Oferta conjunta organizada por: DAGEP/SGEP/MS; Conselho Nacional de Saúde, ComunicaFS/FS/UnB; DSC/FS/UnB; Lappis/IMS/UERJ.

Detalhes: O fórum de conferências livres constitui-se num espaço de encontro e formação para a discussão da 15ª Conferência Nacional de Saúde e tem como objetivo reunir experiências e esforços para a discussão de um novo formato para o debate da etapa nacional. Horário: 9h-13h e 14h-18h. 220 vagas. Local: Auditório 3, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, UnB. Carga horária: 8 horas.

Minicurso: Direitos humanos, saúde e diversidade (coordenação: Prof.a Érica Quinaglia Silva; Prof. Everton Luis Pereira). Oferta conjunta da Faculdade de Ceilândia e do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB.

Detalhes: Analisar a atenção ao direito humano e fundamental à saúde vinculado à diversidade, sexual, étnica, corporal e social. Horário: 9h-13h e 14h-18h. 40 vagas. Local: Auditório 1, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, UnB. Carga horária: 8 horas.

14h-18h - Minicurso: Avaliação participativa em saúde (coordenação: Prof.a Leonor Maria Pacheco Santos). Oferta do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB.
Detalhes: Apresentação dialogada sobre modelos de avaliação participativa; leitura de textos. Produto: proposta de avaliação de serviços (exercício prático). Horário: 14h-18h. 20 vagas. Local: Auditório 2, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, UnB. Carga horária: 4 horas.

Dia 01/07/2015

9h-13h - Roda de Conversa: Ferramentas de Inteligência para uso nas tomadas de decisão (coordenação: Prof. Waldir Campelo, Colaboratório de Ciência, Tecnologia e Sociedade, Fiocruz Brasília). Oferta da Fiocruz Brasília.
Detalhes: Entendendo Inteligência Estratégica como um conjunto de ações coordenadas de busca, tratamento e distribuição de informações úteis, a proposta da Roda de Conversa é discutir sobre as tecnologias, as ferramentas que contribuem para a formulação para a obtenção de informações, mapeamento de atores que possuem o conhecimento, as instituições que delas necessitem. Horário: 9h às 13h. 30 vagas. Local: Sala 1, Fiocruz Brasília, Campus Darcy Ribeiro. Carga horária: 4 horas.

8h30-12h30 / 13h30-17h30
Minicurso: Apoio Institucional - estratégia de qualificação da gestão da atenção primária à saúde (coordenação: Prof. Gustavo Nunes de Oliveira, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB). Oferta Conjunta: Grupo de Pesquisa Políticas, Gestão e Democracia nas Instituições de Saúde (DSC/FS/UnB), Lappis/IMS/UERJ, SAPS/SES/DF).
Detalhes: Princípios e diretrizes gerais para o fortalecimento da atenção básica; modelos de gestão; democracia institucional na gestão da saúde; dispositivos de gestão para o enfrentamento de problemas históricos estruturais da gestão da atenção básica; o apoio institucional como estratégia de reconfiguração da gestão na AB (conceitos, métodos, arranjos e dispositivos de apoio). Horário: 8h30-12h30 e 13h30-17h30. 170 vagas. Local: Auditório Externo Fiocruz Brasília, Campus Darcy Ribeiro. Carga horária: 8 horas.

14h-18h
Oficina: Construção da Disciplina Promoção e Equidade em Saúde para os cursos de graduação da Universidade de Brasília (coordenação: Prof.a Dais Gonçalves Rocha, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB). Oferta conjunta de Movimentos Sociais, Departamento de Saúde Coletiva e alunos da Faculdade de Ciências da Saúde, UnB.
Detalhes: A partir da identificação das principais Políticas Nacionais de Promoção da Equidade em Saúde aprovadas na agenda do gestor federal do SUS, serão discutidos conceitos, competências e procedimentos metodológicos requeridos na formação dos trabalhadores da saúde. Horário: 14h às 18h. 40 vagas. Auditório 2, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, UnB. Carga horária: 4 horas.

14h-17h - Reunião Técnica da BVS Integralidade
Local: Sala 4, Fiocruz

19h-21h - Mesa de Abertura
Local: Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Participantes: Roseni Pinheiro (UERJ, coordenação nacional do Seminário); Gustavo Nunes de Oliveira (UnB, coordenação local do Seminário); Chefe Departamento de Saúde Coletiva (DSC/FS/UnB); Direção Faculdade de Ciências da Saúde/UnB; Direção da Fiocruz Brasília; Coordenação Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UnB; Representante Ministério da Saúde; Representante da Secretaria Estadual de Saúde; Representante de Centro Acadêmico.

Dia 02/07/2015

9h-10h30 - Mesa-Redonda - Desafios para a construção da integralidade nas políticas públicas: o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde
Local: Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Coordenador: Gustavo Nunes de Oliveira (FS/UnB)
Expositores:
Dario Pasche (UFSC),
Pablo Francisco Di Leo (IIGG/UBA/CONICET),
Francini Lube Guizardi (Fiocruz),
Marden Marques Soares Filho (Política Sistema Prisional – Ministério da Justiça);
Katia Souto DAGEP/MS.

15h30-17h30 - Debate

14h-15h30 - Mesa-redonda - Integração ensino-serviço-extensão e as metodologias participativas de pesquisa no reconhecimento das práticas de cuidado como fonte viva de produção de conhecimento
Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Coordenador: Rodrigo Pinheiro Silveira – CCSD/UFAC
Expositores:
José Ricardo Ayres (USP)
Liane Beatriz Righi (UFRGS), Dais Gonçalves Rocha (DSC/UnB)
Tatiana Gerhardt (UFRGS)
Felipe de Oliverira Lopes Cavalcanti (DEGES/SGETSMS)

17h30-19h – Intervalo

19h-20h30 - Mesa-redonda - Clínica, cuidado e integralidade como conceitos revolucionários no campo da Saúde Coletiva
Local: Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Coordenador: Gustavo Nunes de Oliveira (UnB)
Expositores:
José Ricardo Ayres (USP)
Liane Beatriz Righi (UFRGS)
Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)
Fabio Hebert da Silva (UFES)
Julio Muller Neto (UFMT)

20h30-21h - Debate

Dia 03/07/2015

9h-11h - Mesa-redonda - Produção, visibilidade e democratização do conhecimento sobre o cuidado: as práticas como fonte de teoria viva na Saúde Coletiva
Local: Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Coordenadora: Roseni Pinheiro (IMS/UERJ)
Expositoras: Rodrigo Pinheiro Silveira (UFAC), Silvéria Santos (UnB), Andre Mendonça (IMS/UERJ), Ana Valéria Machado Mendonça (UnB)

11h-12h30 – Debate

12h30-14h – Almoço

14h-15h30 - Mesa-redonda: Interfaces da integralidade em saúde, justiça e direito à saúde: práticas de cuidado, singularização e democratização nas instituições de saúde
Local: Auditório 3 – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB
Coordenador: Tatiana Gerhardt (UFRGS)
Expositores:
Silvia Badim Marques (FCE/UnB)
Felipe Asensi (IMS/UERJ)
Pablo Francisco Di Leo (IIGG/UBA/CONICET - Argentina)
Francini Lube Guizardi (Fiocruz Brasília)

15h30-16h30 – Debate

16h30-17h30 - Mesa de encerramento e avaliação do Seminário

XV SEMINÁRIO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
CICLO DE DEBATES
PROGRAMA INTEGRADO DE PESQUISA E COOPERAÇÃO TÉCNICA EM COMUNIDADE, FAMÍLIA E SAÚDE: CONTEXTOS, TRAJETÓRIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

EDIÇÃO REGIÃO NORDESTE – 21 A 22 DE OUTUBRO DE 2015 - ISC-UFBA
APOIO: FASA/UFBA

TEMA:
"VULNERABILIDADE, DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL"

PROGRAMAÇÃO

Dia 22/10/2015

Local: Auditório do ISC/UFBA

8h30-9h - Mesa de Abertura: Roseni Pinheiro - Lappis/IMS/UERJ; Isabela Pinto - Diretora ISC/UFBA; Glória Teixeira - Coordenadora CPGSC; Leny Trad - FASA/ISC/UFBA

9h - Conferência Magna: Desafios atuais à universalização do direito à saúde - Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA

10h-12h - Mesa-redonda - Iniquidades raciais em saúde: dimensões sociais, epidemiológicas e políticas públicas
Local: Auditório, Sala 1 e Laboratório de Informática - ISC/UFBA, Auditório e sala 3 da Escola de Enfermagem - UFBA
Moderadora: Rosa Cândida
Expositores:
Leny Trad - FASA/ISC/UFBA
Edna Araújo – UEFS
Maria Inês Barbosa - OPAS/OMS

12h-12h30 - Atividade cultural - Grupo AGAPE (Auditório do ISC)

12h30-14h - Almoço

14h-16h - Mesa-redonda - Populações vulneráveis e direito à saúde
Moderadora: Reni Barsaglini – UFMT
Expositores:
Márcia Calazans – UCSAL
Roseni Pinheiro - LAPPIS/IMS/UERJ
Andrija Oliveira Almeida - FASA/ISC/UFBA
Diana Anunciação Santos - FASA/ISC/UFBA

16h-18h - Comunicações Breves (ver programação completa abaixo ou em comunicações e pôsteres)
Varal de pôsteres – permanente

Dia 23/10/2015

8h-10h - Comunicações breves
Local: auditório, sala 1 e laboratório de Informática - ISC/UFBA, Auditório e sala 3 da Escola de Enfermagem - UFBA

10h-12h30 - Mesa-redonda - Cronicidade: repercussões no trabalho, outras esferas cotidianas e desafios para o SUS
Local: Auditório do ISC
Moderadora: Jeane Tavares – UFRB - FASA/ISC-UFBA
Expositores:
Reni Barsaglin – ISC/UFMT
Mônica Angelim - DMP/FAMED/UFBA
Yeimi Alzate - FASA/ISC/UFBA
Ana Angélica Rocha - FASA/ISC/UFBA
Marcelo Castellanos - FASA/ISC/UFBA

14h-16h30 - Mesa-redonda - Participação, controle social e luta pela inclusão em saúde: diversidade, adversidades e estratégias
Moderadora: Roseni Pinheiro - LAPPIS/IMS/UERJ
Expositores: Altair Lira – Abadfal; FASA/ISC/UFBA, convidado(a) - Campanha Reaja; Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA; Sandro Emanuel Cruz dos Santos - APINOBA (Associação dos Professores Indígenas do Norte e Oeste da Bahia)
Local: Auditório do ISC -Encerramento e Avaliação do Seminário (preencher breve ficha disponível nas pastas)

17h -Atividade cultural - Banda Toni Duarte - OGunga
Local: Auditório do ISC

PROGRAMAÇÃO DAS COMUNICAÇÕES BREVES

22/10/2015 (quinta-feira) - 16h-18h

EIXO 1. RACISMO, DISCRIMINAÇÃO E UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

SESSÃO 1: RACISMO E DISCRIMINAÇÃO

Local: Sala 1 - ISC

	Título	Autores(as)
1	Racismo institucional e doença falciforme: os desafios no cuidado integral	Bruna Louredo Martins Costa; Regiane Teixeira dos Santos; Sheila Manuela; Zenildes Reis
2	O direito à saúde e o racismo no Brasil	Laís Chagas de Carvalho; Gabriela dos Santos Silva; Maria Luiza Santos de Oliveira; Taia Caroline Nascimento Fernandes; Daiane de Jesus dos Santos
3	Abordagem policial e racismo: as representações sociais e simbólicas de jovens e policiais militares em Recife/ Pernambuco	Leny Alves Bomfim Trad; Diana Anunciação Santos; Hannah Moore
4	O Mito da Democracia Racial e a (des)construção da Identidade de raça no Grupo de Estudos sobre Raça e Transversalidades	Anna Carolina Neves Gomes Cruz; Tharcia da Purificação Machado dos Santos; Adán Joskowicz; Daniele Pereira De Souza; João Batista de Brito Braga Alves
5	Desigualdade de gênero, raça e classe e o problema do aborto	Mariana Ramos Pitta Lima

EIXO 2. VULNERABILIDADE, RESILIÊNCIA E PROTEÇÃO SOCIAL

Local: Auditório Escola de Enfermagem - UFBA

	Título	Autores(as)
1	O perfil e as contribuições das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva no eixo pesquisa que contempla a temática da vulnerabilidade	Carla Patricia Gonçalves Santos, Yeimi Alexandra

2	Ciências Sociais e Humanas em saúde e vulnerabilidade: interface pesquisa e extensão universitária	Manuela Requião, Ana A.R.M. Rocha, Leny Alves B.Trad
3	A vulnerabilidade, resiliência e proteção social no ensino em Ciências Humanas e Sociais e suas contribuições na Saúde Coletiva	Sarah Mabell Ramos da Silva Rios,Yeimi Alexandra A. López, Leny Alves B. Trad
4	Notas sobre vulnerabilidades de mulheres usuárias de drogas: reflexões teórico-conceituais	Keline Santos de Carvalho; Cecilia Anne McCallum; Vania Nora Bustamante; Vânia Sampaio Alves
5	A multidisciplinaridade na pesquisa em saúde para a redução de vulnerabilidades em comunidades quilombola	Viviane Silva de Jesus, Samylla Maira Costa Siqueira, Juliana Pedra de Oliveira Muniz, Carmen Lúcia Pereira Dias, Ivana Mota dos Santos, Elane Nayara Batista dos Santos, Eloína Santana, Climene Laura de Camargo
6	Mortalidade por homicídios de jovens (15 a 29 anos) em Salvador/Ba segundo raça/cor: tendências no período de 2005 a 2012	Eliene dos Santos de Jesus

EIXO 3. CRONICIDADE, REPERCUSSÕES E CUIDADO INTEGRAL

Local: Auditório do ISC

	Título	**Autores(as)**
1	Sentidos masculinos sobre a dietoterapia e o "fazer dieta" na convivência do diabetes mellitus tipo 2	Vinícius Oliveira de Miranda Pereira, Daniela Santos de Jesus, Elvira Rodrigues de Santana, Franklin Demétrio.
2	É possível ser saudável na presença de doença? Sentido de saúde e doença atribuídos por homens que vivenciam o diabetes mellitus tipo 2	Caillan Farias Silva e Franklin Demétrio
3	O significado do câncer para adolescentes de um hospital oncológico em Salvador-BA	Sinara de Lima Souza, Ludayane Pinto Santos Oliveira

4	Mulheres vivendo com HIV e Aids: cuidando da autoestima através da beleza no CEDAP	Marli Miguez
5	Invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado nas redes vivas	Diego da Silva Medeiros, Mariana Pompílio Gomes Cabral, Carliene B. da Costa, Maria Salete Bessa Jorge
6	Vivendo com feridas secundárias à doença falciforme: experiências e práticas de cuidados	Diana Virgínia de Jesus Santos, Rosa Cândida Cordeiro
7	Experiências de pessoas com úlcera de perna e doença falciforme	Sheila Santa Barbara Cerqueira; Evanilda Souza de Santana Carvalho; Taia Caroline Nascimento Fernandes

EIXO 4. MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Local: Sala 3 - Escola de Enfermagem - UFBA

	Título	**Autores(as)**
1	O respeito à cultura de um povo como alicerce para a integralidade das ações em saúde: relato de experiência sobre uma visita a aldeia Três Rios	Raphael de Souza Borges; Daniela Santos de Jesus; Vinícius Oliveira de Miranda Pereira
2	O serviço especializado enquanto espaço de empoderamento e inserção social das pessoas vivendo com HIV e Aids	Marli Miguez Sena de Jesus
3	Empoderamento de pessoas com Doença Falciforme e familiares em Salvador-Bahia	Cintia Alice Sampaio Guedes
4	Superando obstáculos: relato de experiência de uma jovem com Doença Falciforme	Edineusa de Jesus Fernandes; Tharcia Purificação.
5	Oficinas de Mobilização para a Participação Social no Sistema Único de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família do Recôncavo da Bahia	Nanci Magalhães Odwyer de Jesus; Sara Santana Odwyer; Diana Virginia de Jesus Santos; Danilo Conceição dos Santos,Rosa; Candida Cordeiro

23/10/2015 (sexta-feira) - 8h-10h

EIXO 1 - RACISMO, DISCRIMINAÇÃO E UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

SESSÃO 2: UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

	Título	**Autores(as)**
1	A invisibilidade através dos "campos em branco"	Eliene dos Santos de Jesus; Camila dos Santos Souza Andrade
2	Gravidez na adolescência em comunidade quilombola: relato de experiência	Mônica Batista de Jesus
3	Práticas de cuidados com o corpo e sexualidade adotadas por mulheres e homens afrodescendentes	Thayssa Carvalho Souza; Églia Sara Almeida dos Santos; Thaiane Paz Passos; Milena Reis Fiuza; Aline Dantas da Silva; Rosa Cândida Cordeiro; Maria da Conceição Costa Rivemales
4	Intersecção do corpo negro feminino e os aspectos da saúde	Emanuelle F. Goes

EIXO 2. VULNERABILIDADE, RESILIÊNCIA E PROTEÇÃO SOCIAL

Local: Auditório Escola de Enfermagem - UFBA

	Título	**Autores(as)**
1	Vulnerabilidade na construção do itinerário terapêutico em urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola	Samylla Maira Costa Siqueira , Viviane Silva de Jesus, Climene Laura de Camargo
2	Análise da assistência pré-natal no Sul da Bahia: um estudo analítico	Polliana Santos Ribeiro, Jéssica Suellen Barbosa Mendes Ramos , Layane Tércia Santos, Michelle Araújo Moreira
3	Descontinuidade da equipe como fator de distanciamento das mulheres da estratégia saúde da família	Andiara Rodrigues Barros, Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Mariza Silva Almeida, Amanda Calila Cunha Barradas, Rosália Teixeira de Araújo, Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho

4	Vulnerabilidade e prevenção ao HIV/ AIDS: representações sociais de jovens católicos/as	Pablo Luiz Santos Couto, Mirian Santos Paiva, Jeane Freitas Oliveira, Larissa Silva de Abreu Rodrigues
5	A pessoa idosa: seu lugar no mundo	Adriana Valéria da Silva Freitas

EIXO 3. CRONICIDADE, REPERCUSSÕES E CUIDADO INTEGRAL

Local: Auditório do ISC

	Título	**Autores(as)**
1	Ciências sociais e humanas em saúde: cronicidade, repercussões e cuidado integral na produção cientifica.	Jucicleide Borges Costa; Leny Alves Bomfim Trad; Yeimi Alzate
2	Produção do cuidado em saúde mental numa região de saúde: fluxos e desafios da rede assistencial	Carliene Bezerra da Costa, Mariana Pompílio Cabral, Maria Salete Bessa Jorge
3	Atenção Domiciliar: análise do processo de trabalho e desafios no cuidado à pessoas com condições crônicas na Estratégia de Saúde da Família	Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes, Marcelo Eduardo P. Castellanos
4	Desafios para detecção precoce e profilaxia da febre reumática na atenção primária	Diego Borges Chaves Maia, Karina Vasconcelos Guimarães, Roberta Silva de Castro.
5	Adesão Terapêutica de Pacientes Hipertensos	Iasmin Melo dos Santos Juliane Odette de Borba Almeida, Ligia Souza Santos e Marcia Maria Carneiro Oliveira
6	O feminino na rede oncológica: (des) caminhos do cuidado à mulheres com câncer	Mariana Pompílio Gomes Cabral, Carliene Bezerra da Costa, Diego da Silva Medeiros, Maria Salete Bessa Jorge

EIXO 4. MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Local: Laboratório de informática do ISC I

	Título	Autores(as)
1	A Experiência Do Pet-Saúde UFBA: um Modelo de Mobilização e Formação de Discentes na Área da Saúde	Mariana Souza de Jesus; Sarah Mabell Ramos da Silva Rios; Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira; Profa. Msc. Alyne Henri Motta Coifman.
2	A Participação Social e a Garantia do Direito à Saúde: Planejamento Intersetorial, Arte, Mobilização Social e Educação Popular em uma Comunidade da Bahia.	Daniel Andrade Barreto de Sousa; David Ramos da Silva Rios; Maria Constantina Caputo
3	NASF: da Escuta Comunitária à Construção De Ações Territoriais	Mônica Ferreira Sampaio Venâncio
4	MONITORAMENTO POPULAR EM SAÚDE: Resistências e Desafios na Conformação do Poder Local	Vanessa Calixto Veras Sanca; Pedro Alves de Araújo Filho; Daniele Tavares Alves; Nara Albuquerque Goes; Lucia Conde de Oliveira
5	Avaliação das Políticas Específicas através das Ações Prioritárias na Unidade de Saúde da Família.	Sirléia de Sousa Almeida, Deybson Borba de Almeida, Aline Di Carla Laitano, Victor Porfirio Ferreira Almeida Santos

PROGRAMACÃO VARAL DE POSTERS – 22 e 23/10/2015

	Título	Autores(as)
EIXO 1. RACISMO, DISCRIMINAÇÃO E UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE		
	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em um Dia do Abraço coletivo no CEDAP	Geny Celia Silva Santana; Marli Miguez
EIXO 3. CRONICIDADE, REPERCUSSÕES E CUIDADO INTEGRAL		
	Vulnerabilidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas entre mulheres: relato de intervenção no contexto de um CAPS AD	Dienna de Souza Andrade, Ende Iasmim Cruz Santos, Keline Santos de Carvalho, Vânia Sampaio Alves

	Atividade educativa com cuidadores de idosos sobre úlcera por pressão: um relato de experiência.	Laise Figueiredo; Mirele Ferreira; Andressa Oliveira; Géssica Gonçalves; Lucas Oliveira; Adriana Freitas.
	Significados atribuídos ao diabetes mellitus e às terapias dietética e farmacológica: estudo com homens de um município do Recôncavo da Bahia, Brasil	Daniela Santos de Jesus, Franklin Demétrio
	Cuidado em saúde: orientação de cuidadores e pacientes para o uso adequado de insulinoterapia.	Raquel Dantas de Oliveira Santos, Daniela Santos de Jesus, Eliene Santos Moraes.
	Inserção da fonoaudiologia em uma equipe multiprofissional de transplante de pulmão: relato de experiência	Cristiane Lima Oliveira, Raquel Carvalho dos Santos
	Cuidados da enfermeira na atenção ao indivíduo alcoolista: revisão sistemática	Carolina Marques Freitas, Adriana Valéria da Silva Freitas, Fernanda Rios Ribeiro
	Grupo terapêutico conversando com a sexualidade positiva	Benair Gunthner, Marli Miguez, GenyMatras, Stéfano Carvalho
	Abordagem multiprofissional à paciente com complicação cardiovascular: um relato de experiência	Karina Vasconcelos Guimarães, Diego Borges Chaves Maia, Gabriela Silva de Oliveira Moreira, Roberta Silva de Castro
	Relato de experiência sobre educação em saúde com pacientes cardiopatas ou em risco cardiovascular de abordagem multiprofissional	Roberta Silva de Castro, Diego Borges Chaves Maia, Karina Vanconcelos Guimarães
	Atuação da equipe multiprofissional na educação em saúde de hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) – Relato de experiência	Suzana Souza Moreira de Almeida, Daniela Santos Melo, Izabel Vilas Boas dos Santos, Jonatham Souza Moreira, Taiane de Oliveira Gonzaga Santos

EIXO 4. MOBILIZAÇÃO SOCIAL		
	Percepção sobre Participação Social de Delegados da V Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional do Ceará	Maria Marlene Marques Ávila; Lúcia Conde de Oliveira; Marcia Andréia Barros Moura Fé; Letícia de Albuquerque Araújo; Alessandra Karla Oliveira Amorim, Andressa Alves de Lima, Andressa Eslayne Caldas Sales, Tereza Amélia Araújo Laureano
	EMPODERAR, MOBILIZAR, CONFLITAR E VOAR: um Relato de Experiência	Paulo Roberto Lima Falcão do Vale; Camila Oliveira Araujo; Diego Rangel dos Anjos Prata; Maricarla Barbosa Cordeiro; Rebeca Valentim Leite
	O Estágio de Vivências no SUS como Ferramenta de Controle Social	Carlos Henrique Pereira Franco; Cíntia Nascimento de Jesus; Ednusia Simões da Silva; Lorena Neris Almeida; Sara de Moura Pontes
	Avaliação das Práticas Profissionais na Unidade de Saúde da Família	Victor Porfirio Ferreira Almeida Santos, Deybson Borba de Almeida, Aline Di Carla Laitano, Sirléia de Sousa Almeida

XV SEMINÁRIO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
I CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA DA AMAZÔNIA – CONESC
EDIÇÃO REGIÃO NORTE – 11 A 14 DE NOVEMBRO DE 2015 - UEA
APOIO – FAPEAM/UEA

PROGRAMAÇÃO

O evento terá transmissão ao vivo pelo link: http://webconf2.rnp.br/uea

Dia 11/11/2015

8h-17h – Credenciamento

14h – Abertura
Local: Auditório da Escola Superior de Ciências da Saúde da UEA

15h30 - Lançamento de livros

Dia 12/11/2015

Local: Auditório do Hotel Intercity Premium Manaus

9h-12h - Mesa-redonda: Novos objetos e perspectivas epistemológicas para investigações sobre integralidade em saúde
Coordenação: Aluísio Gomes da Silva Jr (ISC/UFF).
Expositores:
André Luiz Mendonça (LAPPIS/IMS-UERJ);
Roseni Pinheiro (LAPPIS/IMS-UERJ);
Sâmia Feitosa Miguez (FEn/UFSC).

14h-17h - Mesa-redonda: Interdisciplinaridade, projeto político-pedagógico e cenários diversificados de ensino aprendizagem: questões conceituais e práticas para o ensino sobre integralidade em saúde
Coordenação: Darlison de Sousa Ferreira (ESA/UEA).
Expositores:
Tatiana Coelho Lopes (LAPPIS- Incubadora de Integralidade Hospital Sofia Feldeman -MG);
Vinicius Machado (SAC/UEA);
Edinilza Ribeiro dos Santos (UEA);
Fabio Herbert (PSIC/UFES).

Dia 13/11/2015

Local: Auditório do Hotel Intercity Premium Manaus

9h-12h - Mesa-redonda: Internato Rural como reinvenção do mundo na Saúde Coletiva: a pesquisa-extensão para prática formativa em integralidade do cuidado
Coordenação: Rodrigo Pinheiro Silveira (Coordenador Medicina/UFAC)
Expositores:
Nicolas Estebam (ESA)
Aluísio Gomes da Silva Jr. (ISC/UFF)
Pedro Máximo (Telesaúde /UEA)
Tatiana Gerhardt (Saúde Coletiva /UFRGS)

14h-17h - Mesa-redonda: Direito humano à saúde na Amazônia: desafios, avanços e obstáculos para a integralidade do cuidado
Coordenação: Roseni Pinheiro (LAPPIS/IMS-UERJ)
Debatedores:
Bethania Assy (Fac. Direito UERJ e PUC Rio)
Felipe Asensi (LAPPIS /IMS-UERJ)
Juliana Lofego (Comunicação/UFAC)

Dia 14/11/2015

Local: Auditório do Hotel Intercity Premium Manaus

8h30-10h - Palestra: Produção Científica na Saúde Coletiva Brasileira
Coordenação: Darlison de Sousa Ferreira (ESA/UEA).
Palestrante: Roseni Pinheiro (LAPPIS - IMS/UERJ).

10h30-12h - Debate: Graduação em Saúde Coletiva: avanços e desafios para o reconhecimento e regulamentação dos cursos na Saúde Coletiva
Coordenação: Isabela Cristina de Miranda Gonçalves (UEA)
Debatedores:
Eliana Santos (ISC/UFBA)
Roseane de Castro – Representante discente (SC/UEA)
Gustavo Oliveira Nunes (FSC/ UnB)

14h-17h - Oficinas
Local: Escola de Enfermagem de Manaus
Avaliação da Atenção Básica - Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
Apoio institucional e gestão - Gustavo Oliveira Nunes e Fabio Hebert

Atenção Primária a populações indígenas - Esron Rocha
Direito à saúde e judicialização - Felipe Asensi
Educação popular em saúde - Darlisom Sousa
Integralidade do cuidado - Roseni Pinheiro

17h - Encerramento

XVI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE - 28 A 30 DE JUNHO DE 2016
10 ANOS DE PARCERIA LAPPIS-HOSPITAL SOFIA FELDMAN
IV ENCONTRO DA INCUBADORA DA INTEGRALIDADE

TEMA:
"POPULAÇÕES VULNERÁVEIS E A PROMOÇÃO DE EQUIDADE: A MULHER NA LUTA PELO DIREITO DE SER NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO"

Auditório do Centro de Capacitação do Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte)
Promoção: LAPPIS / IMS / UERJ e Hospital Sofia Feldman

PROGRAMAÇÃO

Dia 28/06/2016

Manhã e tarde (10h-16h) – atividade pré-seminário - minicursos
Local: Hospital Sofia Feldman- salas a definir
a) Itinerários terapêuticos: método e prática– Tatiana Gerhart (Saúde Coletiva/UFRGS)
b) Direito a comunicação e redes sociais – Juliana Lofego (UFAC)
c) Projeto terapêutico singular – Gustavo Oliveira Nunes Unb) e Fábio Hebert (UFES)
d) Violência, saúde e educação – Pablo Francisco Di Leo (UBA)
e) Educação em saúde – César Augusto Paro (UFRJ)
f) Integralidade em saúde: discutindo práticas de cuidado – Tatiana Coelho Lopes e Erika da Silva Dittz

16h-17h – Mesa de abertura: representantes do LAPPIS, JICA, HSF, COFEN, ABENFO

17h30-19h - Diálogos de abertura: A mulher na luta pelo direito de ser na saúde: vulnerabilidade, resiliência e proteção social
Coordenação: Roseni Pinheiro (LAPPIS/IMS/UERJ)
Convidada: Dra. Leny Bomfim Trad (ISC/UFBA)

Dia 29/06/2016

08h-09h – Mesa-redonda - Instituições de ensino, de saúde e de justiça na promoção da equidade no SUS – desafios na integralidade do cuidado à mulher em situações de vulnerabilidade social
Coordenador: Aluísio Gomes da Silva Junior (LAPPIS/UFF)
Expositores:
Leny Trad (FASA/ISC/UFBA)
Maria Elizabeth Barros e Barros (LAPPIS/PIS/UFES)
Felipe Dutra Asensi (LAPPIS/IMS/UERJ)
Julia Cristina Horta (Incubadora da Integralidade/LEP/HSF)

9h20-10h – Debate

10h10-11h30 - Mesa-redonda: Direito a comunicação, inclusão e redes sociais: diálogos interdisciplinares e novos sujeitos na efetivação do acesso ao cuidado
Coordenadora: Janine Cardoso (LAPPIS/ICICT/FIOCRUZ)
Expositores:
Juliana Lofego (Incubadora da Integralidade na Amazônia Legal – CFCH/UFAC)
Marina Maria (ICICT/FIOCRUZ – Pense SUS)
Camila Luz (Hospital Sofia Feldman)
Felipe Cavalcante (Comunidade de Práticas - DEGES/SGTES/MS)
11h30min- 12h00minh – Debate
12h00min – 13h30min – Almoço
14h- 16h – Mesa-redonda - Violência institucional, direitos humanos e redes de politicas publicas: desafios, dilemas e alternativas para a integralidade do cuidado à mulher
Coordenação: Tatiana Coelho Lopes (LAPPIS/IMS/UERJ/HSF)
Expositores:
Mardem Filho (Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - DMF/CNJ)
Elza Machado (FM/UFMG)
Pablo Di Leo (LAPPIS/CS/UBA)
Ana Lucia Coelho Heckert (UFES)

17h00min – Reunião dos integrantes da "Rede Multicêntrica de Pesquisa da Incubadora da Integralidade – LAPPIS" – local a confirmar

Dia 30/06/2016

Local: Auditório do HSF

9:00-11h30 - Mesa-redonda – Formação em saúde, participação social e alteridade: abordagens para produção de equidade e direito à saúde às mulheres em situações de vulnerabilidade relativas às questões de gênero, raça, etnia e deficiência física

Coordenadora: Lélia Maria Madeira(LAPPIS/IMS/UERJ/HSF)

Expositores:

Tatiana Gerardt – (LAPPIS/PPGCOL/UFRGS)

Rodrigo da Silveira (Incubadora da Integralidade na Amazônia Legal – FCM/UFAC)

Fabio Hebert – (LAPPIS/PIS/UFES)

Altair Lira (Presidente da Associação Baiana de Pacientes com Anemia Falciforme)

11h30-12h – Debate

12h-13h30 – Almoço

14h-16h30 - Mesa-redonda - Populações vulneráveis e políticas específicas: avanços, fragilidades e desafios para a integralidade do cuidado a mulher

Coordenação: Dário Pasche (UFRGS)

Expositores:

Gustavo Oliveira Nunes (Saúde Coletiva/UnB)

André Luis de Oliveira Mendonça – (IMS/UERJ)

Kleyde Ventura de Souza (EE/UFMG)

Ester de Albuquerque Vilella (CGSM/MS/DAPES/SAS)

16h-17h - Debate

17h - Encerramento e Avaliação do Seminário (preencher breve ficha disponível nas pastas)

CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO