



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 6  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2022  
ISSN 0103-1104

Interdisciplinaridade  
na saúde coletiva

## SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

### EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com))

### EDITORAS CIENTÍFICAS | SCIENTIFIC EDITORS

Claudia Cristina de Aguiar Pereira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-1389-9214> – [pereirac.claudia@gmail.com](mailto:pereirac.claudia@gmail.com))

Edinilsa Ramos de Souza – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0903-4525> – [edinilsaramos@gmail.com](mailto:edinilsaramos@gmail.com))

Maria Helena Barros de Oliveira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1078-4502> – [mhelenbarros@gmail.com](mailto:mhelenbarros@gmail.com))

Marismary Horsth De Seta – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-4764-5159> – [mhdeseta@gmail.com](mailto:mhdeseta@gmail.com))

Marize Bastos da Cunha – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7509-9138> – [marizebastosdacunha@gmail.com](mailto:marizebastosdacunha@gmail.com))

Suely Ferreira Deslandes – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7062-3604> – [deslandes.s@gmail.com](mailto:deslandes.s@gmail.com))

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com))

Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – [helenocorreia@uol.com.br](mailto:helenocorreia@uol.com.br))

Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> – [ledavanelli@gmail.com](mailto:ledavanelli@gmail.com))

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – [lenaualobato@uol.com.br](mailto:lenaualobato@uol.com.br))

Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – [pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com))

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – [arthur.chioro@unifesp.br](mailto:arthur.chioro@unifesp.br))

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – [astolkiner@gmail.com](mailto:astolkiner@gmail.com))

Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – [angel.martinez@urv.cat](mailto:angel.martinez@urv.cat))

Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – [brenofontes@gmail.com](mailto:brenofontes@gmail.com))

Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – [cbotazzo@hotmail.com](mailto:cbotazzo@hotmail.com))

Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – [stralen@medicina.ufmg.br](mailto:stralen@medicina.ufmg.br))

Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – [d.diniz@anis.org.br](mailto:d.diniz@anis.org.br))

Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – [emenendez1@yahoo.com.mx](mailto:emenendez1@yahoo.com.mx))

Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – [freese@cpqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqam.fiocruz.br))

Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – [kondilis@qmul.ac.uk](mailto:kondilis@qmul.ac.uk))

Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – [hugospinelli09@gmail.com](mailto:hugospinelli09@gmail.com))

Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – [jairnil@ufba.br](mailto:jairnil@ufba.br))

Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – [contact@jeanpierreunger.com](mailto:contact@jeanpierreunger.com))

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – [bragajcs@uol.com.br](mailto:bragajcs@uol.com.br))

Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – [jrcarval@fiocruz.br](mailto:jrcarval@fiocruz.br))

Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – [kenneth@uerj.br](mailto:kenneth@uerj.br))

Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – [ligiagiovanella@gmail.com](mailto:ligiagiovanella@gmail.com))

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – [luizfacchini@gmail.com](mailto:luizfacchini@gmail.com))

Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – [odorico@saude.gov.br](mailto:odorico@saude.gov.br))

Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – [maria.salete.jorge@gmail.com](mailto:maria.salete.jorge@gmail.com))

Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – [mariohernandez62@gmail.com](mailto:mariohernandez62@gmail.com))

Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – [roveremario@gmail.com](mailto:roveremario@gmail.com))

Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – [paulo.buss@fiocruz.br](mailto:paulo.buss@fiocruz.br))

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com))

Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – [radorno@usp.br](mailto:radorno@usp.br))

Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – [profsoniafleury@gmail.com](mailto:profsoniafleury@gmail.com))

Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – [sulamis@uol.com.br](mailto:sulamis@uol.com.br))

Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – [wfolive@terra.com.br](mailto:wfolive@terra.com.br))

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br))

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – [carina.revisao@cebes.org.br](mailto:carina.revisao@cebes.org.br))

### DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br> – [rita.loureiro@apoioacultura.com.br](mailto:rita.loureiro@apoioacultura.com.br))

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

### NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

André Faust (inglês/english)

Annabella Blyth (inglês/english)

Benjamin Adam Kohn (inglês/english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Katia Muller (inglês/english)

Lígia Girão (inglês/english)

Maria Bandeira de Carvalho (inglês/english)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/english)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 6  
RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO 2022

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

## APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 5 **Interdisciplinaridade na saúde coletiva**  
*Interdisciplinarity in public health*  
Claudia Cristina de Aguiar Pereira, Edinilsa Ramos de Souza, Maria Helena Barros de Oliveira, Marismary Horsth De Seta, Marize Bastos da Cunha, Suely Ferreira Deslandes

## DEBATE | DEBATE

- 9 **Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva**  
*Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health*  
Nísia Trindade Lima
- 25 **Comentários sobre o artigo 'Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva', de Nísia Trindade Lima**  
*Comments on the article 'Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health', by Nísia Trindade Lima*  
Gulnar Azevedo e Silva
- 29 **A interdisciplinaridade como prática teórica**  
*Interdisciplinarity as a theoretical practice*  
Aurea Maria Zöllner Ianni
- 34 **Resposta aos comentários feitos ao artigo 'Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva'**  
*Response to comments made to the article 'Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health'*  
Nísia Trindade Lima

## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 41 **O desafio da formação interdisciplinar de graduandos de medicina: contribuições dos grupos Balint-Paideia**  
*The challenge of interdisciplinary training for medical students: the Balint-Paideia groups contributions*  
Elisa Toffoli Rodrigues, Mônica Martins Oliveira-Viana, Fernanda Nogueira Campos-Rizzi, Gastão Wagner de Sousa Campos
- 55 **PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas**  
*PET-Saúde/Interprofessionality and the development of curricular changes and collaborative practices*  
Rachel Brinco, Tania França, Carinne Magnago
- 70 **Luz, câmera, cocriação: o cinema documentário como inspiração para descolonizar a produção de conhecimentos**  
*Lights, camera, co-creation: documentary cinema as an inspiration to decolonize knowledge production*  
Marina Tarnowski Fasanello, Marcelo Firpo Porto
- 83 **O cuidado em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika**  
*Health care for children with Congenital Zika Syndrome*  
Fernanda Monteiro Dias, Sônia Maria Dantas Berger, Giovanni Marcos Lovisi
- 97 **Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde**  
*Child and adolescent mental health and the school: dialogues between education and health professionals*  
Carolina Donato da Silva, Andrea Perosa Saigh Jurdi

- 
- 109 Efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde no Rio de Janeiro**  
*Effectiveness of the law on priority for the elderly in health claims in Rio de Janeiro*  
 Aldilene Abreu de Azevedo, Vania Reis Girianelli, Renato José Bonfatti
- 124 Repercussões no cotidiano de crianças e adolescentes que viveram com hanseníase**  
*Effects on the daily lives of children and teenagers who lived with leprosy*  
 Michelle Christini Araújo Vieira, Maria da Glória Lima Cruz Teixeira, Luís Augusto Vasconcelos da Silva, Claudelí Mistura, Sued Sheila Sarmiento, Aline Araújo Mascarenhas
- 135 Evidência de validade da Escala de Literacia em Saúde e eHEALS para idosos**  
*Validity of the evidence of the Health Literacy Scale and eHEALS for older person*  
 Leonardo Pestillo de Oliveira, Rosane Clys Barros Souza, Josiane Kelly de Barros, Giovana Mioto de Moura, Mirian Ueda Yamaguchi
- 148 Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado**  
*Social support networks for trans people: expanding the production of care*  
 Beatriz Rodrigues Silva Selles, Patty Fidelis de Almeida, Andréa Felizardo Ahmad, Adriana Lemos, Claudia Regina Ribeiro
- 162 Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação: construindo saberes e práticas no diálogo cotidiano e afetivo com o território**  
*Extended Action-Research Community: building knowledge and practices in daily and affective dialogue with the territory*  
 Fatima Pivetta, Marize Bastos da Cunha, Marcelo Firpo Porto
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 175 Interdisciplinaridade, interprofissionalidade e diversidade racial na formação antirracista do profissional de saúde: vozes e aprendizados**  
*Interdisciplinarity, interprofessionalism, and racial diversity in the anti-racist training of health professionals: voices and learnings*  
 Ana Claudia Germani, Maria Helena Favarato, Isabel Leme Oliva, Rafael Marques Geraldo, Júlio César de Oliveira, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 185 Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional**  
*Interprofessionalism and interdisciplinarity in health: reflections on resistance from concepts of Institutional Analysis*  
 Carla Aparecida Spagnol, Regiane Prado Ribeiro, Maralu Gonzaga de Freitas Araújo, Wesley Vieira Andrade, Richardson Warley Siqueira Luzia, Cintia Ribeiro Santos, Daniel Vannucci Dóbies, Solange L'Abbate
- 196 Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial?**  
*Relationship between territory and health residence: a possible decolonial experience?*  
 Juciany Medeiros Araújo, Karla Adriana Oliveira da Costa, Fátima Cristina Cunha Maia Silva, Ana Maria Dubeux Gervais

- 
- 207 A construção da interdisciplinaridade na saúde: a experiência das rodas de conversas na pandemia**  
*The construction of interdisciplinarity in health: the experience of conversation circles in the pandemic*  
Fernanda de Oliveira Sarreta, Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni, Elaine Teixeira Alves dos Santos, Gabriela Cristina Braga Bisco, Laís Caroline Neves
- 217 A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras**  
*Interdisciplinarity in the construction of Permanent Education in Health with management teams*  
Edinalva de Moura Ferraz, Fernanda de Freitas Mendonça, Brígida Gimenez Carvalho, Stela Maris Lopes Santini, Elisabete de Fátima Polo de Almeida, João Felipe Marques da Silva, Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade
- 228 Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade**  
*Culture Circle as a strategy to promote health: encounters between popular education and interdisciplinarity*  
Daniely Casagrande Borges, Anna Caroline Solka, Vanessa Klimkowski Argoud, Greyce de Freitas Ayres, Andreia Ferlini da Cunha
- 239 Discutindo gênero e saúde na formação de residentes de um hospital universitário**  
*Discussing gender and health in the training of residents of a university hospital*  
Bianca Assucena, Cristiane Colonese
- 251 Economia solidária e saúde mental: relato de experiência de práticas virtuais**  
*Solidarity economy and mental health: experience report of virtual practices*  
Chaiane Santos, Clarice Portugal, Mônica Nunes
- REVISÃO | REVIEW**
- 261 Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura**  
*Interdisciplinarity in mental health care practices: an integrative literature review*  
Eduardo Giacomini, Maria Lucia Frizon Rizzotto
- 281 O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa**  
*Teaching public health in Brazil: an integrative review*  
João Agostinho Neto, Patricia Soares Cavalcante, José Damião da Silva Filho, Francisco Diogenes dos Santos, Ana Maria Peixoto Cabral Maia, Adriana Rocha Simião

# Interdisciplinaridade na saúde coletiva

Claudia Cristina de Aguiar Pereira<sup>1</sup>, Edinilsa Ramos de Souza<sup>1</sup>, Maria Helena Barros de Oliveira<sup>1</sup>, Marismary Horsth De Seta<sup>1</sup>, Marize Bastos da Cunha<sup>1</sup>, Suely Ferreira Deslandes<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E600

**ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE'**, dedicado à temática 'Interdisciplinaridade na saúde coletiva', reflete e explora aspectos teórico-metodológicos, a formação e a pesquisa sobre esse tema no campo da saúde coletiva. A particularidade da publicação reside na divulgação de trabalhos desenvolvidos na relação docente-discente, eixo do ensino e da pesquisa em programas de pós-graduação da área de saúde coletiva, e da própria interdisciplinaridade na saúde, que aproxima saberes, práticas e formações diversas. Esta publicação foi apoiada pelo Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Os processos saúde-doença-atenção lançam desafios ao conhecimento científico e às práticas em saúde, mostrando que esses temas e objetos requerem abordagens complexas em seus postulados teóricos, esquemas conceituais, métodos e práticas. A pandemia da Covid-19 intensificou desigualdades existentes e repercutiu acentuadamente em grupos sociais vulnerabilizados e em países com menor provisão de proteção social. Neste momento, portanto, tendo em vista uma perspectiva comprometida com a transformação social e com a equidade, é urgente o diálogo interdisciplinar, em que possamos enfrentar desafios teóricos e conceituais, e debater nossos métodos, para além de uma perspectiva que os conceba como meras ferramentas, valorizando a natureza política das escolhas metodológicas e provocando a nos sentir responsáveis por nossa interferência no mundo<sup>1</sup>.

Esta edição se inicia com o artigo de Nísia Trindade, debatido por Gulnar Azevedo e Silva e Aurea Ianni, acerca dos desafios no caminho da interdisciplinaridade e a forma por meio da qual eles vêm se desenvolvendo no campo da saúde coletiva. O texto destaca que a pandemia da Covid-19 traz uma nova ordem de questões, em que se faz necessário repensar as divisões entre mundo natural e sociedade e os desafios ambientais, bem como a configuração atual do campo da informação e comunicação

A publicação traz artigos originais e de revisão, além de relatos de experiência. Alguns textos apresentam experiências práticas dos fazeres de pesquisa, ensino, extensão, gestão e cuidado em saúde, e outros produzem e aprofundam discussões sobre a interdisciplinaridade no que se refere a sua episteme e teorias balizadoras. Também se apresenta um diálogo com novas temáticas, conceitos e categorias, que se mostram essenciais no campo da saúde coletiva, tais como gênero, racialidade, decolonialidade, entre outros.

Desejamos que esta publicação contribua para reflexões transformadoras do conhecimento em saúde coletiva, das práticas docentes e do cuidado em saúde.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[pereirac.claudia@gmail.com](mailto:pereirac.claudia@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Colaboradoras

Pereira CCA (0000-0003-1389-9214)\*, Souza ER (0000-0003-0903-4525)\*, Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)\*, De Seta MH (0000-0003-4764-5159)\*, Cunha MB (0000-0001-7509-9138)\* e Deslandes SF (0000-0002-7062-3604)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referência

1. Siqueira IR, Magalhães B, Caldas M, et al., organizadores. Metodologia e relações internacionais: debates contemporâneos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; 2019. (v. 2).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Interdisciplinarity in public health

Claudia Cristina de Aguiar Pereira<sup>1</sup>, Edinilsa Ramos de Souza<sup>1</sup>, Maria Helena Barros de Oliveira<sup>1</sup>, Marismary Horsth De Seta<sup>1</sup>, Marize Bastos da Cunha<sup>1</sup>, Suely Ferreira Deslandes<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E6001

**THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE'**, dedicated to the theme 'Interdisciplinarity in public health', reflects and explores theoretical and methodological aspects, training and research on the theme in the field of public health. The particularity of the publication lies in the dissemination of work developed in the professor-student relationship, the axis of teaching and research in postgraduate programs in the field of collective health, and of interdisciplinarity in health itself, which brings together different knowledges, practices, and training. This publication was supported by the Public Health Program of the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP) of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ).

The health-disease-care processes pose challenges to scientific knowledge and to health practices, showing that those themes and objects require complex approaches in their theoretical postulates, conceptual schemes, methods, and practices. The COVID-19 pandemic intensified existing inequalities and had a marked impact on vulnerable social groups and in countries with less provision of social protection. So, at this moment, in view of a perspective that is committed to social transformation and equity, an interdisciplinary dialogue is urgent, in which we can face theoretical and conceptual challenges, and debate our methods, beyond a perspective that conceives them as mere tools, valuing the political nature of methodological choices and making us feel responsible for our interference in the world<sup>1</sup>.

This issue of the journal opens with the article by Nísia Trindade, debated by Gulnar Azevedo e Silva and Aurea Ianni, about the challenges in the path of interdisciplinarity and the way in which they have been developing in the field of public health. The text highlights that the COVID-19 pandemic brings a new order of issues, in which it is necessary to rethink the divisions between the natural world and society and the environmental challenges, as well as the current configuration of the field of information and communication.

The publication features original and review articles, as well as experience reports. Some texts present practical experiences of research, teaching, extension, management, and health care, and others produce and deepen discussions on interdisciplinarity in terms of its episteme and guiding theories. A dialogue is also presented with new themes, concepts, and categories, which are essential in the field of collective health, such as gender, raciality, decoloniality, among others.

We hope that this publication contributes to transforming reflections on collective health knowledge, teaching practices, and health care.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[pereirac.claudia@gmail.com](mailto:pereirac.claudia@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Collaborators

Pereira CCA (0000-0003-1389-9214)\*, Souza ER (0000-0003-0903-4525)\*, Oliveira MHB (0000-0002-1078-4502)\*, De Seta MH (0000-0003-4764-5159)\*, Cunha MB (0000-0001-7509-9138)\* and Deslandes SF (0000-0002-7062-3604)\* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

---

## Reference

1. Siqueira IR, Magalhães B, Caldas M, et al., organizadores. Metodologia e relações internacionais: debates contemporâneos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; 2019. (v. 2).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva

## *Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health*

Nísia Trindade Lima<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E601

**RESUMO** Este artigo discute o papel da interdisciplinaridade na análise e no enfrentamento da crise sanitária e social global suscitada pela pandemia de Covid-19. Defende-se a necessidade de se repensarem as divisões entre mundo natural e sociedade, com destaque para a questão ambiental, e a nova conformação do campo da informação e comunicação e seus impactos na sociedade contemporânea. Entende-se a pandemia de Covid-19 como um fenômeno inteiramente novo que põe em evidência, por vezes em aceleração, uma série de tendências, mas que pode implicar inflexões e mudanças cujo rumo não está dado. Destaca-se a centralidade da área de saúde coletiva no esforço interdisciplinar para a definição de agendas científicas e, também, de propostas de políticas públicas. Conclui-se que o fortalecimento de pesquisas interdisciplinares especialmente atentas às interrelações de sistemas naturais e sociais são e serão essenciais para a superação da crise atual e das prováveis emergências sanitárias futuras.

**PALAVRAS-CHAVE** Práticas interdisciplinares. Saúde coletiva. Pandemia por Covid-19. Ciências sociais.

**ABSTRACT** *This article discusses the role of interdisciplinarity in analyzing and dealing with the global health and social crisis caused by the COVID-19 pandemic. It defends the need to rethink the divisions between the natural world and society, with emphasis on the environmental issue, and the new conformation of the field of information and communication and its impacts on contemporary society. The COVID 19 pandemic is understood as an entirely new phenomenon that highlights, sometimes accelerating, a series of trends, but which may imply inflections and changes whose direction is not given. The centrality of the field of collective health in the interdisciplinary effort to define scientific agendas and also public policy proposals is highlighted. It is concluded that the strengthening of interdisciplinary research, especially attentive to the interrelationships of natural and social systems, is and will be essential for overcoming the current crisis and probable future health emergencies.*

**KEYWORDS** *Interdisciplinary placement. Health. Community. COVID-19 pandemic. Social sciences.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz  
(Fiocruz) – Rio de Janeiro  
(RJ), Brasil.  
nisia.lima@fiocruz.br



## Introdução

A interdisciplinaridade tem sido abordada como condição necessária ao enfrentamento de inúmeros desafios da sociedade contemporânea. Trata-se, sobretudo, de uma reação aos limites a conhecimentos inovadores a partir de uma cultura científica excessivamente disciplinar, uma crítica ao processo de hiperespecialização como legado da ciência moderna e, mais fortemente, do modo de fazer ciência que se estabeleceu a partir do século XIX, quando se consolidou a figura do cientista como especialista, conhecedor profundo de um tema e dominando uma linguagem específica e pouco acessível<sup>1</sup>. Para alguns autores, a demanda recente pela prática interdisciplinar viria dos objetos do conhecimento, uma espécie de resistência do mundo ao retalhamento disciplinar<sup>2</sup>.

Essa discussão está presente de forma acentuada no campo da saúde. Com a criação da área de saúde coletiva e seus antecedentes próximos no Brasil e na América Latina – formação do campo da medicina social, movimentos de crítica à medicina preventiva, entre outros marcos, conforme analisa vasta literatura –, a defesa da interdisciplinaridade teve como foco inicial a valorização das ciências sociais<sup>3,4</sup>. Esse foi, sem dúvida, um movimento importante, contudo, é preciso dar um passo além e repensar divisões há muito tempo consolidadas. A sociedade contemporânea e os problemas postos pela pandemia de Covid-19 e pela efetiva possibilidade de novas epidemias e pandemias dão magnitude a problemas que nos chamam à interdisciplinaridade.

Neste artigo, pretendo argumentar que a pandemia de Covid-19 coloca em pauta outra ordem de questões demonstrando o quanto se faz necessário repensar as divisões entre mundo natural e sociedade, com destaque para o desafio ambiental e a nova conformação do campo da informação e comunicação, e sua interseção com novos tipos de contradições e conflitos sociais.

Não se trata apenas de advogar a interdisciplinaridade, mas de entendê-la, ao mesmo tempo, como diálogo entre disciplinas e necessidade de novas abordagens que superem divisões estanques. Venho desenvolvendo tal argumento em diálogo com o grupo de pesquisa História, Saúde e Ecologia na Grande Aceleração<sup>5-8</sup>, na Casa de Oswaldo Cruz.

## O difícil caminho da interdisciplinaridade

Termo usado com frequência para lidar com problemas complexos, a interdisciplinaridade tem sido mais postulada do que efetivamente praticada. Pode-se afirmar que consiste na articulação de várias disciplinas, tendo por foco o objeto, o problema ou o tema complexo para o qual não é suficiente a resposta de uma disciplina específica. “Ela não configura ‘uma teoria ou um método novo’: ela é uma ‘estratégia’ para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos”<sup>9(437)</sup>. Portanto, ao aprofundarmos a discussão da interdisciplinaridade, temos de lidar com o tema da complexidade tal como proposta por Bertalanffy<sup>10</sup> e, também, por um conjunto de autores que, seguindo diferentes caminhos, mais se dedicaram à sua construção, do que é exemplar a obra de Edgard Morin<sup>11</sup>. De acordo com Maria Cecília Minayo<sup>9(437)</sup>:

[...] a teoria complexa supera os conceitos de interdisciplinaridade e de transdisciplinaridade para se transformar numa forma, num método de olhar as coisas e a vida, na medida em que entendemos os sistemas vivos como autoproduzidos, auto-organizadores, autorreguladores, de forma que sua estrutura determine as interações com o meio.

Em linhas gerais, o tema é mais lembrado na crítica à fragmentação do conhecimento e da prática científica. Em um levantamento bibliográfico em diferentes periódicos, constata-se

que artigos sobre interdisciplinaridade são mais frequentes no que se refere a atividades de ensino, às ciências ambientais e aos estudos na área de saúde coletiva<sup>12-14</sup>.

O debate nada tem de novo no campo das ciências em geral e na saúde em particular. No pensamento filosófico, George Gusdorf<sup>15</sup> foi um dos autores que mais escreveu sobre interdisciplinaridade. Os enunciados presentes em sua obra, com a crítica à perda de substância e o conhecimento profundo de questões muito específicas, por vezes irrelevantes, aproximam-se da crítica anunciada por Max Weber<sup>16(13)</sup> em 'A ciência como vocação':

A intelectualização e a racionalização geral não significam, pois, um maior conhecimento geral das condições da vida, mas algo de muito diverso: o saber ou a crença em que, se alguém simplesmente quisesse, poderia, em qualquer momento, experimentar que, em princípio, não há poderes ocultos e imprevisíveis, que nela interfiram; que, pelo contrário, todas as coisas podem - em princípio - ser dominadas mediante o cálculo. Quer isto dizer: o desencantamento do mundo.

Na visão de Weber, em comparação com o pensamento selvagem, o pensamento racional moderno, alicerçado na ciência, não implicaria superioridade no que se refere ao conhecimento dos objetos do mundo cotidiano ou mesmo da experiência de vida, mas uma mudança no estatuto da crença sobre as possibilidades do conhecimento. Além desse texto clássico, nas ciências sociais e na filosofia, inúmeras discussões sobre o conhecimento e a prática científicas poderiam ser aqui enumerados. Contudo, para os propósitos deste artigo, importa acentuar o imperativo da interdisciplinaridade diante de objetos complexos como o que temos lidado na área de saúde coletiva, com destaque para as epidemias e pandemias.

Para muitos autores, o fenômeno interdisciplinar deveria ser compreendido mais como uma prática, uma estratégia, para

usar a expressão de Cecilia Minayo<sup>9</sup>. Nessa perspectiva, trata-se mais de um exercício dialógico voltado à proposição de problemas e à busca de respostas com o concurso de diferentes disciplinas científicas do que um processo orientado por epistemologias e metodologias perfeitamente definidas<sup>17</sup>. Esse será o ponto de vista que adotarei aqui, mais interessada no diálogo interdisciplinar e suas implicações para a saúde coletiva.

Não obstante esses comentários, é forçoso reconhecer importantes contribuições para o debate sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na saúde coletiva<sup>14,18</sup>. Um dos esforços mais abrangentes é apresentado por Naomar Almeida Filho<sup>14</sup>. O autor parte da epidemiologia e da crítica, simultaneamente, aos postulados cartesianos da ciência moderna e à teoria da complexidade para propor uma transdisciplinaridade que recoloca a questão da transdisciplinaridade em bases coletivas. Em sua perspectiva:

[...] devemos procurar não um enciclopedismo com base na genialidade de sujeitos individuais como na Renascença ou no Iluminismo, e sim uma forma renovada de enciclopedismo construída coletivamente. Cada vez mais o processo de produção do conhecimento científico será social, político-institucional, matricial, amplificado. Nesse cenário, a produção competente da ciência viabilizará abordagens totalizantes, apesar de parciais e provisórias, sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade<sup>14(47)</sup>.

Ainda que a crítica à fragmentação disciplinar permaneça como questão de fundo, não se trata de pensar na viabilidade do conhecimento da totalidade ou mesmo de postular a montagem de um quebra-cabeças, cujas peças originárias de disciplinas específicas dessem conta da construção de representação do todo. Em um dos artigos dedicados à interdisciplinaridade na abordagem da pandemia de Covid-19, o ponto é desenvolvido em profundidade. Os autores propõem como alternativa à metáfora do

quebra-cabeças, uma análise orientada pela prática que demonstraria o fato de cada disciplina se engajar no desafio da abordagem de temas complexos de acordo com sua visão e perspectiva, o que acarreta, inevitavelmente, tensões. A boa interdisciplinaridade resultaria, assim, de diálogo e negociações, a partir de pontos de vista diversos originários de cada cultura científica particular a um determinado campo disciplinar<sup>19</sup>. A discussão ganha mais consistência na análise de fenômenos complexos particulares, e, entre eles, as epidemias e pandemias constituem um grande desafio intelectual e ético a demandar a abordagem interdisciplinar. Esse é um dos principais desafios para a saúde coletiva, e aqui meu propósito é de apenas indicar possíveis caminhos para incentivar o diálogo em torno de novos modos de fazer ciência, especialmente no campo da saúde coletiva.

## Saúde coletiva e interdisciplinaridade

Para quem participa da área de saúde coletiva, o tema da interdisciplinaridade nada tem de novo. Suas premissas já haviam sido apontadas nos debates sobre a saúde pública na segunda metade do século XX, quando antropólogos e sociólogos passaram a integrar programas de saúde em todo o mundo. Esse fenômeno tornou-se mais intenso após a segunda guerra mundial, especialmente a partir de políticas vindas dos Estados Unidos da América, entendendo que programas de saúde e seu êxito dependeriam fortemente do concurso de cientistas sociais, estes vistos como uma espécie de mediadores entre os conhecimentos biomédicos e a percepção da população sobre as orientações de saúde pública. Aos cientistas sociais, caberia o papel de tradutores de um conhecimento a outro, papel que não mais se justificaria na visão predominante de antropólogos e sociólogos de hoje. Ademais,

não se estaria diante da construção de um conhecimento interdisciplinar, mas de uma hierarquia científica que não valorizaria adequadamente as ciências sociais<sup>20,21</sup>. De todo modo, desde aquele período, muitos estudos mostraram que a razão para o fracasso de muitos programas encontrava-se exatamente na ausência de estudos socioantropológicos bem fundamentados e, quando eles eram realizados, de sua não incorporação ao processo de definição de programas de saúde e de políticas públicas.

Desde sua origem, a área de saúde coletiva tem sido apresentada como um empreendimento interdisciplinar. Ao reunir abordagens da epidemiologia, da gestão em saúde e das ciências sociais e humanas em saúde, seus contornos são sempre sujeitos à negociação. A definição da área resultou de complexo processo de negociação e formação de consensos, e não de questões teórico-metodológicas vistas de forma descontextualizada. Sem negar as contribuições individualizadas das disciplinas que a compõem, com seus respectivos paradigmas, foi no processo político de constituição do campo da saúde coletiva a partir do movimento da reforma sanitária que esses contornos interdisciplinares se forjaram<sup>22</sup>. Isso porque, produto de negociações e disputas entre os participantes da área, o termo saúde coletiva que passou a dar nome à associação criada em 1979 indicou uma nova forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica; medicina curativa/medicina preventiva; e mesmo indivíduo/sociedade –, busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e subjetividade aparecem como questões centrais<sup>4,23,24</sup>.

A despeito da extensa literatura sobre a formação da área e o papel da interdisciplinaridade, em sua constituição e

desenvolvimento, está longe de haver um consenso. Na perspectiva de muitos autores, a saúde coletiva é um fenômeno sócio-histórico decorrente de conflitos científicos, mas também sociais e políticos, na definição de uma agenda programática relacionada com o movimento da reforma sanitária. Tratar-se-ia, ao mesmo tempo, de um processo de disputas para a conformação de um campo científico, segundo a perspectiva de Pierre Bourdieu, análise mais aprofundada nos estudos de Ligia Vieira-da-Silva<sup>22</sup>.

Para outros autores, a adoção do termo saúde coletiva implicaria, sobretudo, uma inovação conceitual e uma renovação epistemológica. Talvez esse posicionamento seja mais forte na área de saúde mental, especialmente pelo encontro de médicos, sanitaristas, psicanalistas, sociólogos e antropólogos em projetos institucionais interdisciplinares. Essa é a linha de defesa de editorial de número da revista 'Physis' dedicado à interdisciplinaridade no campo da saúde mental. É o que se apresenta em texto de Joel Birman<sup>25(7)</sup>:

A introdução recente do termo 'saúde coletiva' no nosso vocabulário teórico implicou certamente em muito mais coisas do que uma mera inovação vocabular. Em verdade, implicou uma invenção conceitual de primeira ordem. Aquelas palavras remetem para uma renovação epistemológica profunda do campo da saúde, no qual as linhas de força que o perpassavam foram remanejadas pela introdução naquele de outras dimensões até então ausentes. Com isto a noção de 'saúde' se transformou completamente, delimitando uma outra paisagem para o campo sanitário, que se apresenta agora num cenário imantado por outros eixos teóricos e novos investimentos sociopolíticos.

Sem aprofundar tal debate sobre os sentidos da definição da área, o que fugiria ao objetivo principal deste artigo, adoto aqui a perspectiva já anteriormente enunciada por Everardo Nunes de abordar a saúde coletiva como projeto, estruturado em três dimensões: corrente de pensamento;

movimento social e prática teórica<sup>4,23</sup>. Nessa perspectiva, caberia à saúde coletiva um lugar especial na construção de novos conhecimentos e uma agenda interdisciplinar para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

O esforço interdisciplinar na abordagem de epidemias recentes pode se constituir em importante e útil ponto de observação. Ressalte-se a relevante agenda de pesquisas disciplinares e interdisciplinares no Brasil, e em nível internacional, em torno da epidemia de Aids e todos os temas controversos relativos à origem, à transmissão da doença e aos supostos grupos de risco<sup>26</sup>. Mais recentemente, as epidemias de ebola e a emergência sanitária de interesse global relacionada com a zika têm ensejado muitas reflexões importantes para a abordagem da pandemia de Covid-19 na área de saúde coletiva. Em geral, os esforços interdisciplinares tendem a hierarquizar conhecimentos e a avaliar contribuições advindas de estudos das ciências sociais a partir de parâmetros de outras áreas científicas, quer biomédicas, quer no campo da saúde coletiva, as que se originam dos estudos epidemiológicos. Nesse movimento, por vezes, fica secundarizada a importância das ciências sociais, ignorando-se que as pessoas em seus contextos sociais desempenham papel crítico no controle epidemiológico, pois espera-se, por exemplo, que elas mudem seu modo de comer, praticar sexo, suas relações sociais, suas rotinas habituais, processos que requerem estudos aprofundados por cientistas sociais<sup>27</sup>.

Ao mesmo tempo, uma perspectiva interdisciplinar na análise das pandemias deveria também alargar a agenda das ciências sociais, superando, entre outras coisas, as divisões entre problemas ambientais/problemas sociais; desenvolvimento científico/tecnológico e políticas sociais; além da visão estanque das epidemias como fenômenos biológicos ou como construções sociais. Essa agenda hoje implica considerar, ao lado do direito universal à saúde, o desenvolvimento consistente de um sistema de ciência, tecnologia e inovações, questões ambientais, a nova conformação da

tecnologia e informação em saúde e as profundas mudanças no mundo do trabalho com impacto nas políticas públicas, em particular nas políticas sociais.

## **Interdisciplinaridade e desafios na crise sanitária e social global provocada pela pandemia de Covid-19**

A pandemia de Covid-19 tornou incontornável a constatação de uma profunda mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas, algo que já vem sendo apontado desde, pelo menos, a década de 1980. Percebeu-se que o mundo estava mais vulnerável à ocorrência e à disseminação global, tanto de doenças conhecidas como novas. A integração das economias em todo o planeta permitiu um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias; promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais; e acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, isto é, adensamento populacional urbano, massiva mobilidade de populações nesses espaços, agregação de grandes contingentes de pessoas em habitações precárias com acesso limitado ao saneamento básico. Não se trata obviamente de fenômeno novo, mas da escala em que se verifica e das condições dessa urbanização. Essas condições permitiram o desenvolvimento da ‘globalização da doença’ como a Covid-19, tomando aqui de empréstimo a definição de Fidler<sup>28</sup> relativa à pandemia de Sars, que ocorreu em 2002-2003. Muitas das discussões que se tornaram mais agudas se verificaram desde a década de 1980, sob o impacto da epidemia de Aids, com a crítica a uma visão simplificada do conceito de transição epidemiológica e a ideia, ainda tão corrente, da superação das doenças infecciosas, ou de sua ressignificação como doenças da pobreza<sup>29,30</sup>.

Qualquer abordagem da atual pandemia ou de pandemias do passado deve

necessariamente levar em conta o processo de transmissão do vírus, as respostas biológicas dos indivíduos e seus impactos na vida coletiva. Essas dimensões, entretanto, estão intimamente relacionadas, sendo praticamente impossível dissociar as dimensões biológica e social. Isso não significa que conhecimentos disciplinares específicos não sejam relevantes, ao contrário, porém, o conhecimento da doença requer, além de análises genômicas especializadas sobre o vírus, estudos da infectologia e da imunologia, o estudo do ecossistema de transmissão, no qual variáveis sociais têm importância acentuada.

Um bom exemplo é o artigo sobre a variante Gama, originalmente P1, do Sars-CoV-2, e seu impacto no que foi considerado a segunda onda de Covid-19 no estado do Amazonas. A vigilância genômica permitiu identificar a rápida disseminação da variante em pauta. Concomitantemente, essa e outras variantes decorrem da maior circulação do vírus, um fenômeno fortemente ancorado no comportamento social nem sempre adotado por escolha, tendo em vista as precárias condições e a aglomeração provocada no transporte fluvial, e a incipiente vacinação no momento da publicação. Dessa forma, concluem os autores, a dificuldade de manter distanciamento físico, adotar medidas não farmacológicas, como uso adequado de máscaras, certamente contribuiriam para a disseminação da variante<sup>31</sup>.

Em todo o mundo, grupos de pesquisa estão estudando quais mutações levam a versões mais transmissíveis do novo coronavírus. Com mais de um milhão de novas infecções ocorrendo todos os dias e bilhões de pessoas ainda não vacinadas, hospedeiros suscetíveis raramente estão em falta. Assim, a seleção natural favorece mutações que podem explorar todas essas pessoas não vacinadas e tornar o Sars-CoV-2 mais transmissível. Nessas circunstâncias, a melhor maneira de restringir a evolução do novo coronavírus é reduzir o número de infecções, com medidas não farmacológicas que dificultem a possibilidade de contágio e com a ampliação da vacinação. Pela sua forma de

replicação, o fenômeno das mutações é característico dos vírus, e a biologia evolutiva vem historicamente demonstrando a importância de uma abordagem ecológica, social e sistêmica sobre esses processos. Uma perspectiva histórica sobre as epidemias e pandemias contribui para melhor compreensão da atual crise sanitária e reforça a importância do enfoque interdisciplinar.

Em 1980, Richard Krause<sup>32(xvii)</sup> constatou a persistência das doenças infecciosas que, em sua visão, representavam uma ameaça permanente a todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e condições sanitárias. Para ele, “as epidemias são tão certas como a morte e os impostos”. Pouco antes do impacto da epidemia de Aids, perspectivas como a do citado virologista americano já colocavam em xeque uma das teses dominantes na saúde pública da segunda metade do século XX, caracterizada pelo prognóstico da eliminação das doenças decorrentes da afluência e da urbanização. Dessa forma, muitas doenças poderiam ser prevenidas pelos avanços tecnológicos, universalização do saneamento básico e, particularmente, pelo desenvolvimento de antibióticos e vacinas<sup>30</sup>. Nesse modelo teórico, ocorreria a perda de importância das doenças infecciosas nos países mais ricos, onde as doenças dos períodos de carência cederiam inexoravelmente lugar para as doenças da abundância e do excesso. Contudo, em muitos países, permaneceria uma distribuição desigual nos padrões epidemiológicos, indicando que a prevalência de doenças infecciosas, da desnutrição e mesmo da baixa expectativa de vida seria inversamente proporcional ao desenvolvimento de suas economias. No mundo, a desigualdade na distribuição dos padrões epidemiológicos ocorreria em função da distribuição desigual das condições socioeconômicas e dos meios de prevenção e tratamento de doenças. Contudo, conforme a experiência histórica recente e diferentes estudos demonstraram, as doenças infecciosas transmissíveis não se tornaram problemas do passado, tampouco deixaram de se apresentar como risco para todas as sociedades.

No estudo da história das doenças infecciosas e das epidemias, alcançou grande adesão a tese proposta independentemente por Alfred Crosby<sup>33</sup> e William McNeill<sup>34</sup>. Nomeada de epidemia em solo virgem (*virgin soil epidemics*), ela postulava que o extermínio dos povos originários da América de colonização espanhola pode ser, em larga medida, explicado pela exposição pela primeira vez a algumas doenças infecciosas, já conhecidas pelos europeus. Em artigo sobre a atual pandemia, Ricardo Waizbord<sup>8</sup> analisa essa teoria, baseando-se especialmente na crítica formulada por David Jones<sup>35</sup>. Esse autor propõe uma revisão das relações entre as causas genético-imunológicas e as causas sociopolíticas, atribuindo grande força explicativa a estas últimas. Para Waizbord<sup>8</sup>, a questão não é de interesse apenas acadêmico, pois a narrativa sobre o passado interfere na forma como epidemias e pandemias são interpretadas na atualidade, o que se verifica na abordagem do impacto da pandemia de Covid-19 em populações consideradas socialmente vulneráveis. Nessa discussão, alguns conceitos originários das ciências sociais podem contribuir para uma compreensão mais ampla sobre o tema.

Ao reconhecer a importância da abordagem interdisciplinar sobre a pandemia em curso e outros fenômenos a serem estudados pela saúde coletiva, venho destacando dois conceitos sociológicos: o de ‘fato social total’, proposto por Marcel Mauss<sup>36</sup>, e o de ‘interdependência’, apontado por Norbert Elias<sup>37</sup>.

Em ‘Ensaio sobre a dádiva’, publicado originalmente em 1925, Mauss propôs o conceito de ‘fato social total’ para indicar a capacidade de certos fenômenos colocarem em movimento o conjunto, ou melhor, a totalidade da sociedade e suas instituições. Por essa razão, o fato social total tornaria indistinguíveis as dimensões jurídica, econômica, religiosa e cultural da vida em sociedade. O conceito revela sua força na análise da pandemia em curso e abrange também a dimensão biológica, uma vez que questões, por exemplo, referentes à genética, à imunologia, à infectologia só se realizam no âmbito de uma

dinâmica social específica, tal como o exemplo da grande transmissão da variante Gama. Isso não significa dizer que algumas variantes não possam ter maior potencial de transmissão, mas sim entender a transmissão, a um só tempo, como fenômeno biológico e social. O próprio fenômeno da vacina e da vacinação poderia ser mais bem analisado à luz do conceito de fato social total<sup>38</sup>.

Pensar a pandemia como fato social total tem resultado em abordagens inovadoras sobre a Covid-19; assim, dois artigos publicados revelam toda a força explicativa do conceito. Em um deles, de autoria de Frederic Vandenberghe e Véran<sup>39</sup>, o conceito utilizado é o de ‘fato social total global’, pretendendo dar conta do fenômeno pandêmico em um mundo altamente interdependente e globalizado. Para os autores, considerar a pandemia um fato social total global demanda que ela seja analisada em todas as suas dimensões: da biológica à política; da simbólica à econômica; da estética à existencial. Destaca-se também o uso do conceito para a análise do impacto da Covid-19 em populações indígenas, tal como pode ser analisado em artigo de Santos e colegas<sup>40</sup>. A contribuição dos autores indica a necessária mudança de perspectiva, buscando-se superar os limites da abordagem da pandemia entre povos indígenas como expressão de uma vulnerabilidade vista de forma genérica. Em sua perspectiva:

A COVID-19, como ‘fato social total’, expõe as múltiplas dimensões e tensões provocadas pela atuação do Estado na implementação de políticas públicas dirigidas a minorias étnico-raciais no Brasil<sup>40(1)</sup>.

Um segundo conceito sociológico relevante é o de ‘interdependência’, proposto por Norbert Elias. O sociólogo alemão abriu caminho para a compreensão da formação dos indivíduos por meio do lugar social que eles ocupam, de suas relações com as normas e as regras que organizam os grupos sociais, considerando o processo de internalização e

constrangimento das pulsões e emoções de cada um. Em texto recente, Tatiana Landin<sup>41</sup> retoma os desdobramentos desse conceito tanto na obra de Elias como na do sociólogo holandês Johan Goudsban, especialmente ‘Public Health and the Civilizing Process’. O conceito de interdependência é mobilizado como chave explicativa para a ação social e remete à discussão da interdependência provocada pelas doenças transmissíveis.

O conceito de ‘interdependência’, proposto originalmente por Elias, vem sendo aplicado a diferentes contextos sócio-históricos por seu potencial explicativo para a relação entre epidemias e definição de políticas públicas. A interdependência entre indivíduos e grupos sociais não é capaz de reduzir os efeitos das desigualdades sociais, mas contribuiu para a percepção dos riscos, ainda que desiguais, a que todos estariam submetidos. Isso não implica simetria nas relações sociais, pois, inversamente, as desigualdades sociais se manifestam historicamente na história das doenças, do que seria exemplar a história da pandemia de peste bubônica na Europa do século XIV. As classes altas teriam muito mais condições de proteção, refugiando-se em casas protegidas, restando aos pobres o isolamento compulsório, em quarentenas, realizado em instituições asilares. Da percepção da interdependência ante os efeitos da peste, teria, por outro lado, decorrido a criação de Conselhos de Saúde. Esse veio analítico também esteve presente em De Swan<sup>42</sup> com sua análise sobre a interdependência entre Estados Nacionais e a definição de políticas públicas de saúde. Além disso, foi retomado por Gilberto Hochman<sup>43</sup> em ‘A era do saneamento’, livro no qual realizou estudo da gênese de políticas públicas em saúde no Brasil, sobretudo o fortalecimento do papel do Estado Nacional como resultado do aumento da consciência da interdependência social motivada pelas doenças transmissíveis.

No campo dos estudos sociais das ciências, evidencia-se que o papel das ciências sociais não se restringe ao impacto social, econômico e político das epidemias, mas antes elas nos

permitem pensar as condições de possibilidade para o surgimento das doenças e sua construção como fato científico. Caminhos como esse nos ajudam a entender, conjuntamente, a gênese da epidemia e a construção social dos conhecimentos a ela relacionados, uma chave de leitura importante a permitir que sigamos o percurso da Covid-19 do mercado de Wuhan aos laboratórios de virologia, onde se fez o sequenciamento genômico, à observação da disseminação dos vírus, por meio das viagens aéreas, em um primeiro momento, e à construção dos diferentes cenários epidemiológicos e regramentos nos Estados Nacionais e orientações da Organização Mundial da Saúde. Outrossim, por fim, as tentativas infrutíferas até o presente desse organismo e outras agências internacionais, por intermédio de mecanismos como o Covax, de garantir o acesso a vacinas que vêm reduzindo hospitalizações e mortes em todos os países em que avançam programas de vacinação.

Conforme observa Simone Kropf<sup>44</sup>, a crise referida à Covid-19, não obstante seu caráter singular de acontecimento, inscreve-se em tendências das sociedades contemporâneas, e como os atores sociais a ela respondem a partir de repertórios, tradições, instituições, crenças e práticas que, por sua vez, também possuem história e temporalidade próprias. Defendo que a imaginação sócio-histórica tem um peso crucial na compreensão sobre a pandemia e seus efeitos, tanto para a análise de tendências como de certas recorrências na relação entre conhecimento científico e políticas públicas, como o fenômeno de se desconsiderarem evidências que possam colocar em risco determinados interesses políticos. Ressalto, sobretudo, a força política das ideias com o peso das narrativas do passado na construção de argumentos sobre fenômenos contemporâneos, tal como vimos na discussão sobre ‘epidemia em solo virgem’.

A pandemia tem colocado em todo o mundo a centralidade do estudo das desigualdades sociais antes e como efeito dela<sup>45</sup>. Nesse cenário, ganham destaque os conceitos de ‘risco e vulnerabilidade’.

O conceito de risco, tal como proposto por Ulrich Beck<sup>46</sup> no livro ‘Sociedade de Risco’, tem implicado o desenvolvimento de análises que aproximam acidentes nucleares, desastres ambientais, emergências sanitárias e ataques terroristas. Seus críticos observam o fato de, ainda que os riscos pareçam difusos, sua incidência nas sociedades variarem de acordo com fatores sociais e ambientais bastante precisos. Nessa perspectiva, a ecologia política vem propondo uma abordagem dos conflitos socioambientais considerando a estrutura desigual de poder e de acesso a bens e serviços. Por seu turno, o conceito de ‘vulnerabilidade’ refere-se à exposição a riscos e a diferentes condições para seu enfrentamento<sup>47</sup>.

Conforme observam Carmo e Guizardi<sup>48(7)</sup>, ao discutirem os sentidos do conceito de vulnerabilidade em políticas públicas de saúde e assistência social no Brasil, a vulnerabilidade precisa ser associada à precariedade no acesso e à garantia de direitos e proteção social, “caracterizando a ocorrência de incertezas e inseguranças e o frágil ou nulo acesso a serviços e recursos para a manutenção da vida com qualidade”. É interessante como, no curso da pandemia, a abordagem de populações em situação de vulnerabilidade ganhou densidade com vistas a ações solidárias, mas, sobretudo, ao fortalecimento do protagonismo de grupos sociais que sofrem os efeitos da extrema desigualdade social, quer de classe, racial, étnica, entre outras.

O fato de ter assinalado a importância da perspectiva sócio-histórica de análise não significa a defesa da ideia de uma história que se repete, ainda que sejam instigantes comparações com pandemias pretéritas, a exemplo daquela que marcou o início do século XX: a gripe espanhola<sup>49</sup>. Defendo, entretanto, ser a pandemia de Covid-19 um fenômeno inteiramente novo que põe em evidência, por vezes em aceleração, uma série de tendências da sociedade contemporânea, mas que pode envolver inflexões e mudanças, cujo rumo não está dado. Esse posicionamento reforça a importância de consistentes análises

interdisciplinares para sua compreensão e, sobretudo, respostas políticas, no sentido de redução de desigualdades e fortalecimento de caminhos democráticos de superação da crise.

“A Covid-19 não é um retorno a epidemias prévias na história”. A frase proferida pelo sociólogo Anthony Giddens<sup>50</sup> põe em relevo o caráter singular da experiência recente. Para o autor, esta e possíveis futuras epidemias estarão relacionadas fortemente com fatores ambientais, notadamente de mudanças climáticas, mas também à grande transformação nos meios de informação e comunicação, resultando no que denomina *digidemics*, ou *digidemia*. A informação e a comunicação passam a ser constitutivas da própria pandemia e não podem ser vistas como apenas um fator adicional, uma variável sem grande valor explicativo. Segundo a análise do autor, disso não decorreriam apenas externalidades negativas (*fake news* etc.), mas aumento da capacidade de resposta científica e disseminação científica, além de novas formas de resiliência. A globalização é vista, assim, não apenas como fenômeno econômico, mas, principalmente, como processo relacionado com a comunicação<sup>51</sup>.

Uma pandemia da magnitude da que estamos vivendo coloca desafios ainda mais amplos, que alguns autores têm apontado como um ponto de inflexão, de mudança social, podendo indicar uma nova etapa da modernidade, acarretando uma mudança no modelo neoliberal em curso e um possível maior protagonismo do Estado em relação ao mercado<sup>52,53</sup>. Para alguns autores, estar-se-ia diante de tendências de maior controle da vida social e da liberdade individual, observando que as medidas sanitárias de controle e vigilância implicariam o fortalecimento de políticas autoritárias<sup>49,50</sup>. Na verdade, tal direção não está previamente definida, conforme observou com propriedade o historiador e filósofo Youvah Harari<sup>54</sup>.

No plano global, a pandemia põe em relevo a relação entre os Estados Nacionais, o controle de fronteiras e, também, a vulnerabilidade

até mesmo de países ricos no que se refere à concentração da produção industrial de itens fundamentais para a saúde. Ao longo da pandemia, constou-se a falta de respiradores, de equipamentos de proteção individual e de medicamentos e, sobretudo, de vacinas. No Brasil, esse debate tem motivado o fortalecimento de um conceito e um conjunto de práticas há muito tempo defendidos por instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e que logrou institucionalização no âmbito do Ministério da Saúde: o do Complexo Econômico e Industrial da Saúde, englobando um conjunto de ações que partem da premissa de a ciência, tecnologia e inovação em saúde serem parte constitutiva e crucial para o desenvolvimento socioeconômico sustentado do País e que devem combinar poder de compra do Estado, capacidade de transferência tecnológica e acesso aos produtos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>55</sup>. Nesse cenário, verificou-se a rápida resposta da ciência, porém, ao mesmo tempo, a grande desigualdade na produção e no acesso a vacinas, responsável pela mitigação dos efeitos da pandemia com a redução expressiva dos casos graves e, portanto, hospitalizações e óbitos. Tal desigualdade demandará certamente diferentes temporalidades de superação da crise atual, resultando em mais desigualdades entre os países, com evidente efeito perverso para os de baixa e média renda, muitos que ainda não alcançaram nem mesmo 10% de vacinação com a primeira dose.

Políticas econômicas, sobretudo, o modelo de alocação de recursos em relação às áreas que se mostraram essenciais para o enfrentamento desta crise (saúde, ciência e tecnologia, educação, e proteção social), devem ser revistas para aumentar a proteção dos países a futuras emergências. A recuperação da empregabilidade necessitará ser feita enquanto se busca mitigar os efeitos da alteração dos padrões tecnológicos na produção, que já tendia a ter efeitos perversos sobre a empregabilidade<sup>30</sup>. Note-se que, há três décadas, nos países industrializados, cerca de 30% da força de

trabalho exercia suas atividades na indústria ou na agricultura; atualmente, menos de 10% estão empregados nesses setores. Ao buscar aproximar economia política e pensamento sanitário, Carlos Gadelha tem defendido que a ativação e a priorização de um complexo médico industrial da saúde, adequadamente desenhado e implementado, pode ser parte da solução, trazendo dinamismo econômico e melhorando a capacidade de resposta a problemas sanitários existentes, que prejudicam a população, e a outras epidemias que possivelmente virão<sup>56</sup>. Isto exige pensar o desenvolvimento econômico como parte do desenvolvimento sustentável; e, para tal, as premissas econômicas, sociais e políticas deverão ser alteradas<sup>56</sup>. O estudo das desigualdades sociais e de novas relações sociedades/natureza se impõe como base para uma efetiva nova agenda política.

De fato, ainda que a denominação seja a mesma, o termo Covid-19 designa realidades profundamente diversas tanto entre os países como no interior dos Estados Nacionais, sendo conformada a pandemia pelas desigualdades, capacidade de respostas políticas e acesso a sistemas universais de saúde. Não se trata apenas de apontar o impacto das desigualdades, mas de constatar que a atual crise sanitária, econômica e social vem gerando novas desigualdades. À guisa de exemplo, pode-se mencionar o caso do Brasil: estudos demográficos já apontam a redução na expectativa de vida, com retrocesso de tendência histórica recente<sup>57</sup>. Acrescente-se a esse fato o impacto na educação, nas condições de emprego e na concentração de renda, em um país que se define mais pela desigualdade e injustiça do que pela pobreza.

A pandemia também indica a importância da tomada de decisão em momentos-chave, sugerindo que análises estruturais devam ser combinadas com análise de processos decisórios na conjuntura. Conforme observamos em estudo anterior:

Uma das lições já aprendidas com a pandemia em curso é a necessidade de valorizarmos

a gestão pública e o tempo de resposta nos critérios de aferição da capacidade instalada para o enfrentamento de crises sanitárias e humanitárias emergenciais. A resposta rápida, consistente e sustentável de lideranças políticas, também se mostrou fundamental nos países que apresentaram melhores resultados no combate à Covid-19<sup>30(3)</sup>.

De acordo com o mapa de pesquisa para a recuperação pós-pandemia, proposto pela Organização das Nações Unidas, a crise da Covid-19 expôs iniquidades, fragilidades e práticas não sustentáveis que existiam antes da pandemia. Por outro lado, ela também nos daria a chance de uma recuperação melhor, pensar os sistemas sob a lente dos direitos humanos e, também, recolocaria a possibilidade de apontar com mais ênfase as transformações necessárias para que se alcancem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. A recuperação econômica e social teria como base cinco pilares: sistemas e serviços de saúde; proteção social e serviços básicos; resposta econômica e programas de recuperação; políticas macroeconômicas e colaboração multilateral; coesão social e resiliência comunitária. Não obstante essas diretrizes, o mundo vem apresentando acentuado retrocesso no alcance desses objetivos, tal como pode ser visto em publicação recente, coordenada pelo economista Jeffrey Sachs:

Em 2020, pela primeira vez desde que os ODS foram adotados em 2015, o mundo perdeu terreno nos ODS. A pandemia de COVID-19 criou não apenas uma emergência de saúde global, mas também uma crise de desenvolvimento sustentável. Para restaurar o progresso dos ODS, os países em desenvolvimento precisam de um aumento significativo em seu espaço fiscal, por meio de uma reforma tributária global e da expansão do financiamento pelos bancos multilaterais de desenvolvimento. Os gastos fiscais devem apoiar as seis principais transformações dos ODS: educação de qualidade para

todos, cobertura universal de saúde, energia e indústria limpas, agricultura e uso da terra sustentáveis, infraestrutura urbana sustentável e acesso universal a tecnologias digitais<sup>45(vii)</sup>.

Ao pensar na crise de desenvolvimento sustentável, há de se reconhecer a importância do enfoque interdisciplinar para que se possa, ao discutir o aumento das desigualdades sociais, propor um novo modelo de desenvolvimento. Discussões sobre mudanças sociais, políticas e culturais profundas relacionadas com epidemias e pandemias fazem, há muito tempo, parte do repertório das ciências sociais. Como a Covid-19 provém do vírus Sars-CoV-2, que originalmente não infectava humanos, pensar o desenvolvimento sustentável e o impacto das pandemias implica incluir na agenda a relação entre humanos e animais não humanos, bem como hábitos de consumo, incluindo a alimentação. Um instigante texto a esse respeito foi publicado por Claude Lévi Strauss<sup>58</sup>. Nele, o antropólogo francês analisou o fenômeno da encefalopatia espongiforme, doença transmitida por carne bovina, de forte impacto em países europeus, no início da década de 1990<sup>59</sup>. Entendeu o fenômeno que foi popularizado como ‘doença da vaca louca’ como uma indução ao canibalismo, uma vez que a fonte da contaminação estaria na farinha de origem bovina com a qual o gado era alimentado. Segue-se interessante texto com referências à premonição de Comte sobre animais como laboratórios nutritivos e os prováveis efeitos da epidemia, entre eles, a possível mudança no regime alimentar das sociedades humanas. Sobre o papel da ciência e da técnica, ele diria:

Os agrônomos se encarregarão de fazer aumentar o teor proteico das plantas alimentares, os químicos, de produzir em quantidade industrial proteínas sintéticas. Mas, ainda que a encefalopatia espongiforme (nome científico da doença da vaca louca e de outras aparentadas) se instale de forma duradoura, apostamos que

o apetite pela carne nem por isso desaparecerá. Sua satisfação se tornará apenas uma ocasião rara, custosa e cheia de risco<sup>58(216)</sup>.

Desse modo, uma importante ordem de problemas, a desafiar o conhecimento científico e as políticas públicas, a ser considerada refere-se às relações entre humanos e animais não humanos e a natureza. Esse, por exemplo, é o principal argumento levantado pelo biólogo Jared Diamond ao discutir a chegada de novos vírus, a exemplo do Sars-CoV-2. O autor vem observando os riscos de novos patógenos originados de animais silvestres e com potencial transmissão para humanos, situando o problema entre os mais importantes referidos à questão ambiental na contemporaneidade.

A partir de outra abordagem, o antropólogo Bruno Latour<sup>60</sup> observa que a pandemia de Covid-19 maximiza os efeitos de uma crise antes em curso e que se manifesta, ao mesmo tempo, em nível planetário e local, trazendo à cena novos conflitos:

É claro que a atual pandemia, que tomo como um exemplo típico do que está por vir, é ao mesmo tempo uma experiência planetária e a revelação de uma infinidade de injustiças – na exposição à doença, no acesso aos cuidados, no acesso às vacinas. Assim, encontramos todas as questões clássicas de conflitos bem identificados pelas lutas intra-humanas, mas devemos somar todas as outras, todos os conflitos extra-humanos além de todos aqueles revelados pelo pensamento descolonial. O que chamo de conflitos geo-sociais de classe que se multiplicam em todas as questões de subsistência e acesso à terra.

Nessa perspectiva, a experiência que o autor associa à teoria de Gaia e muitos pensadores relacionam a uma nova era, o Antropoceno, tensiona o esforço interdisciplinar na direção do encontro entre conhecimentos do campo biológico e conhecimentos das ciências sociais<sup>61,62</sup>. Para a saúde coletiva, assim como para todas as áreas do conhecimento, o que

está em questão é a ampliação de seu repertório, sem ignorar os avanços disciplinares, mas definindo uma agenda de problemas teóricos e práticos, necessários ao enfrentamento das transformações em curso, sobretudo da natureza dos conflitos com os quais teremos de lidar.

## Conclusões

Para compreendermos a pandemia, superarmos a crise atual e nos prepararmos para prováveis emergências sanitárias no futuro, torna-se essencial o fortalecimento de pesquisas interdisciplinares especialmente atentas às interrelações de sistemas naturais e sociais. A pandemia demonstra cabalmente quão ultrapassada se tornou essa divisão. À área de saúde coletiva, cabe um papel de destaque na definição de uma agenda científica e na proposta de políticas públicas embasadas nos conhecimentos originários desse necessário esforço interdisciplinar. Tal esforço deve valorizar a diversidade de conhecimentos teóricos e tradições disciplinares, mas, ao mesmo tempo, desafiá-los a um empreendimento mais amplo; uma agenda científica coerente com as grandes

questões do presente e de um futuro com ainda um grau maior de incertezas.

O controle da Covid-19 hoje e, ao que tudo indica, nos próximos anos, ao lidarmos com seu impacto prolongado e com a perspectiva de novas emergências sanitárias, requer o aprofundamento da democracia e de relações virtuosas entre direitos individuais e coletivos, os últimos de reconhecimento tardio, mas de importância crucial para o futuro da humanidade. Desse modo, é na dimensão política das relações sociais que se pode antever algum aprendizado positivo com capacidade de construção de projetos orientados por mais equidade, justiça e cidadania. É apenas assim que se pode projetar um outro mundo (não um novo normal) após a trágica experiência hoje vivida em escala planetária. São esses valores que devem orientar o esforço interdisciplinar e as consequentes respostas a serem dadas ante a crise sanitária, econômica, social e humanitária que abalou o mundo neste início de século XXI.

## Colaboradora

Lima NT (0000-0002-2494-7077)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Sá DM. A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
2. Pombo O. Interdisciplinaridade. Ambições e limites. Lisboa: Relógio d'Água; 2004.
3. Lima NT. Um sertão chamado Brasil. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2013.
4. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde e Soc. S. Paulo. 1994; 3(2): 5-21.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Silva AFC, Sá DM. Ecologia, Doença e Desenvolvimento na Amazônia dos anos 1950: Harald Sioli e a esquistossomose na Fordlândia. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciênc. Hum.* 2019; (14):627-647.
6. Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al. Introdução: Os historiadores e a pandemia. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al. *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 9-17.
7. Silva AFC, Lopes GA. pandemia de coronavírus e o antropoceno. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al. *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 66-72.
8. Waizbort RF. A pandemia de Covid-19: história, política e biologia. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al. *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 131-139.
9. Minayo M. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinarity, interdisciplinarity and complexity*. *Emancipação*. 2010; (10):435-442.
10. Bertalanffy LV. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes; 1973.
11. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco; 2003.
12. Thiesen JS. A interdisciplinaridade como um movimento de articulação no processo ensino-aprendizagem. *Rev. Bras Educ.* 2008 [acesso em 2021 jan 25]; 13(39):545-554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782008000300010>.
13. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003 [acesso em 2021 jan 25]; 11(4):525-531. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>.
14. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Soc.* S. Paulo. 2005; 14(3):30-50.
15. Gusdorf G. Prefácio. In: Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: IMAGO; 1976.
16. Weber M. A ciência como vocação. In: Gerth H, Mills W, organizadoras. *Max Weber: ensaios de soc.* Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
17. Leis HR. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. *Cad. Pesq. Inter. Ciênc. Hum.* 2005; 6(73):1-23.
18. Schramm FR, Castiel LD. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 1992; 8(4):379-390
19. Philippi A, Sobral M, Fernandes V, et al. Desenvolvimento sustentável, interdisciplinaridade e Ciências Ambientais. *RBPG*. 2014 [acesso em 2021 jan 25]; 10(21). Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/423>.
20. Figueiredo RED. *Histórias de uma antropologia da “boa vizinhança”: um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)*. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.
21. Lima NT, Maio MC. Ciências sociais e educação sanitária: a perspectiva do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *Hist. Ciênc. Saúde – Mang.* 2010; 17(2):511-526.
22. Vieira-da-Silva L. *Collective Health: Theory and Practice. Innovations From Latin America*. *Oxford Research Encyc. Glob. Public Health*. 2021; (36):432-446.
23. Lima NT, Santana JP organizadores. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
24. Fleury S. Democracia e saúde: algumas considerações políticas, In: Fleury S, organizadora. *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

25. Birman J. Apresentação: a interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. *Physis: Rev Saúde Colet*. 1996 [acesso em 2021 set 13]; 6(1-2):7-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100001>.
26. Camargo Jr KR. Aids and aids according to the sciences. *HCS – Manguinhos*. 1994; 1(1):35-60.
27. Passos MJ, Matta G, Lyra TM, et al. The promise and pitfalls of social science research in an emergency: lessons from studying the Zika epidemic in Brazil, 2015–2016. *BMJ Global Health*. 2020 [acesso em 2021 set 13]; (5):e002307. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/4/e002307>.
28. Fidler D. SARS, governance and the globalization of disease. New York: Palgrave Macmillan; 2004.
29. Lerderberg J. Infectious disease as an evolutionary paradigm. *Emerg Infect Dis*. Atlanta. 1997; 3(4):417-23.
30. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7):1-4.
31. Naveca FG, Nascimento V, Souza VC, et al. COVID-19 in Amazonas, Brazil, was driven by the persistence of endemic lineages and P.1 emergence. *Nat Med*. 2021 [acesso em 2021 set 13]; (27):1230-1238. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01378-7>.
32. Krause RM. Foreword. In: Morse SS, editor. *Emerging viruses*. Oxford; New York: Oxford University Press; 1993.
33. Crosby AW. Virgin soil epidemics as a factor in the aboriginal depopulation in America. *The William and Mary Quarterly*. Virginia. 1986; 33(2):289-299.
34. McNeil WH. *Plagues and peoples*. New York: Anchor; 1976.
35. Jones DS. Virgin soils revisited. *The William and Mary Quarterly*. Virginia. 2003; 60(4):703-742.
36. Mauss M. *Ensaio sobre a dádiva*. Lisboa: Edições 70; 1988.
37. Elias N. *The civilizing process: sociogenetic and psychogenetic investigations*. Massachusetts: Blackwell; 2000.
38. Homma A, Carvalho ACC, Fialho BC, et al. Covid-19 pandemic, R&D, vaccines, and the urgent need of UBUNTU practice. *Lancet Reg Health Am*. 2021; (1):1-2.
39. Vandenberghe F, Vérán JF, organizadores. *Além do habitus: teoria social pós-bourdiesiana*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2016.
40. Santos RV, Pontes AL, Coimbra CEA. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 set 14]; 36(10):e00268220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>.
41. Landini TS. Interdependência em tempos de Covid-19: reflexões nos primeiros dias de distanciamento social. *Blogbvps*. 2021 abr 20. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: <https://blogbvps.wordpress.com/2020/04/20/interdependencia-em-tempos-de-covid-19-reflexoes-nos-primeiros-dias-de-distanciamento-social-por-tatiana-landini>.
42. De Swaan A. *In care of the State*. London: Polity Press; 1990.
43. Hochman G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs; 1998.
44. Kropf SP. O laboratório e a urgência de mover o mundo. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al, organizadores. *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020.
45. Sachs J, Kroll C, Lafortune G, et al. *The Decade of Action for the Sustainable Development Goals: Sustainable Development Report 2021*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
46. Beck U. *Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade*. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 2011.

47. Najar A, Castro L. Um nada 'admirável mundo novo': medo, risco e vulnerabilidade em tempos de Covid-19. *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2022 set 30]; 45(esp2):142-155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E210>.
48. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(3):1-14.
49. Schwarcz LM, Starling HM. A bailarina da morte: A gripe espanhola no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
50. Giddens A. Anthony Giddens: What's next? Covid-19 and the future world order. Webinário. [acesso em 2020 set 17]. Disponível em: <https://www.sum.uio.no/english/research/networks/arne-naess-programme/arne-naess-symposia/events/anthony-giddens-covid-19-and-the-future-world-of-order.html>.
51. Domingues JM. From global risk to global threat: State capabilities and modernity in times of coronavirus. *Current Sociology*. 2020; 70(1):6-23.
52. Agamben G. Estado de exceção. São Paulo: Boitempo; 2004.
53. Han BC. O coronavírus de hoje e o mundo de amanhã, segundo o filósofo Byung-Chul Han. *El país*. 2020 mar 20. [acesso em 2021 set 25]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ideas/2020-03-22/o-coronavirus-de-hoje-e-o-mundo-de-amanha-segundo-o-filosofo-byung-chul-han.html>.
54. Harari YN. Notas sobre a pandemia: e breves lições para o mundo pós-coronavírus. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
55. Gadelha C. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje. *Nexo*. 2020 maio 11. [acesso em 2021 set 25]. Disponível em: <https://www.nexo-journal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-hoje>.
56. Lima NT, Gadelha CG. The COVID-19 Pandemic: Global Asymmetries and Challenges for the Future of Health. *China CDC Weekly*. 2021 [acesso em 2021 set 25]; 3(7):140-141. Disponível em: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/doi/10.46234/ccdcw2021.039?viewType=HTML>.
57. Castro MC, Gurzenda S, Turra CM, et al. Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nat Med*. 2021; 27(1):1629-1635.
58. Lévi-Strauss CA. Lição de sabedoria das vacas loucas. *Est. Avanç*. 2009 [acesso em 2021 set 13]; 23(67):211-216. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142009000300025>.
59. Lima NT. Simpósio 14-Mundo Social e Pandemia. Série Pandemia, Cultura e Sociedade. *Blogbvps*. 2020 jul 2. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://blogbvps.wordpress.com/2020/07/02/simposio-14-mundo-social-e-pandemia/>.
60. Latour B. Latour e a humanidade que já "não pode respirar". *Carta Maior* (tradução). 2021 fev 18 [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/latour-e-a-humanidade-que-ja-nao-pode-respirar/>.
61. Chakrabarty D. The Climate of History: Four The- ses. *Critical Inquiry*. 2009; 35(2):197-222.
62. Silva AFC, Lopes G. A pandemia de coronavírus e o Antropoceno. *Blog de História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2020. [acesso em 2020 abr 21]. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-pandemia-de-coronavirus-e-o-antropoceno/>.

---

Recebido em 03/11/2021  
Aprovado em 22/06/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Comentários sobre o artigo ‘Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva’, de Nísia Trindade Lima

*Comments on the article ‘Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health’, by Nísia Trindade Lima*

Gulnar Azevedo e Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E602

**O ARTIGO DE NÍSIA TRINDADE LIMA<sup>1</sup> DISCUTE DE FORMA MUITO CUIDADOSA** e completa a interdisciplinaridade na saúde coletiva pontuando todas as questões implicadas no contexto social e econômico pelo qual passa o País e que, com a pandemia de Covid-19, potencializaram-se expondo ao máximo a grande desigualdade de nossa população.

Parte-se do fato que a pandemia foi o fenômeno sanitário mais grave que aconteceu nos últimos 100 anos e que, apesar de todo o avanço científico, ela ainda continua impondo questões novas e sem respostas imediatas, desafios que se colocam para assegurar minimamente um controle da situação são enormes. A superação desses desafios deve estar guiada, sobretudo, pela busca de estratégias que avancem em uma construção civilizatória e democrática para toda a humanidade. Nesse sentido, é tarefa essencial de pesquisadores da área da saúde coletiva trazer para a discussão quais questões precisam ser consideradas prioritárias no intuito de contribuir para enfrentamento da pandemia sem tirar do contexto o mundo em que vivemos e os marcos de uma epidemia que a cada dia apresenta fatos novos e graves.

A autora defende que “A interdisciplinaridade tem sido abordada como condição necessária ao enfrentamento de inúmeros desafios da sociedade contemporânea”<sup>(10)</sup>, colocando-se como uma resposta ao processo de hiperespecialização como legado da ciência moderna. Nesse ponto, em particular, é interessante notar, como atenta a autora, que essa discussão sempre esteve presente dentro da área de saúde coletiva no Brasil. Além disso, é natural que assim seja, pois a criação da área já partiu de uma perspectiva interdisciplinar. Tendo como seu núcleo mais duro suas três áreas de concentração – políticas e planejamento em saúde, epidemiologia e ciências sociais e humanas em saúde –, foi possível agregar contribuições das demais áreas afins e suas intercessões. Não foi um trajeto tranquilo em todos os sentidos, muitas tensões ocorreram no decorrer desses anos de construção, mas é fato que hoje se reconhece a saúde coletiva como uma área diferenciada que não perdeu seus princípios e na qual o trabalho interdisciplinar tem movido suas ações.

Nesse processo, a autora chama atenção de que a valorização das ciências sociais como campo totalmente integrante foi, sem dúvida, um movimento importante, mas, como ela destaca: “é preciso dar um passo além e repensar divisões há muito tempo consolidadas”<sup>(10)</sup>. Este momento é propício para entender o significado dessa opinião. O que estamos aprendendo com a pandemia

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
gulnar@ims.uerj.br



deve servir de base para a procura de respostas coletivas na perspectiva de dar maior solidez e consequência aos achados da medicina e das ciências biológicas. Neste sentido, a incorporação do conhecimento gerado pelas ciências sociais deve estar presente em todas as etapas desse processo de construção. Essa mesma condição se estende também para as questões ambientais, da informação e comunicação.

É interessante o reconhecimento da autora acerca das importantes contribuições para o debate sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na saúde coletiva. É bem escolhido o destaque dado à obra de Naomar Almeida Filho, autor que dispõe de vasta produção no campo da epidemiologia e que tem sido um defensor incansável da integração dos diversos campos do saber com as bases coletivas. Toda essa reflexão lhe permitiu pensar a construção intertransdisciplinar tão necessária para a geração de soluções integradoras para o enfrentamento da pandemia:

Nesse contexto atual de intensa disputa retórica e renhida luta teórica, a singularidade e complexidade da atual pandemia da Covid-19 sem dúvida representa rica oportunidade para realizar de modo efetivo a construção intertransdisciplinar tão necessária para a geração de soluções integradoras, pertinentes e cuidadosas ante os problemas complexos que emergem nos diversos planos e dimensões dessa grave crise sanitária<sup>2</sup>.

Com essa construção teórica, Almeida-Filho<sup>3</sup> nos traz material para a reflexão sobre o processo de enfrentamento da pandemia no Brasil e o compara ao que foi feito em outros países.

Os possíveis caminhos elencados por Nísia, de fato, inauguram um diálogo inovador de como fazer ciência no campo da saúde coletiva. Como ela própria coloca, a definição da área no Brasil se deu mediante um processo de negociação e “formação de consensos”<sup>1(12)</sup>, tendo o movimento da reforma sanitária como protagonista do processo. Criada em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva

(Abrasco) marcou o sentido do que seria daí para frente chamado de saúde coletiva. Nas palavras da autora:

Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica; medicina curativa/medicina preventiva; e mesmo indivíduo/sociedade –, busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e subjetividade aparecem como questões centrais<sup>1(12)</sup>.

Não há dúvida de que esse marco foi importante para consolidar o campo e para direcionar a orientação dos programas de saúde coletiva que, desde a criação da Abrasco, têm se multiplicado por todo o País, mantendo uma coerência assegurada pelo título e tudo que a ele se conecta. Contudo, como é bem desenvolvido por Nísia, nessa formação do campo, “o papel da interdisciplinaridade, em sua constituição e desenvolvimento, está longe de haver um consenso”<sup>1(12-13)</sup>.

Seria natural que, por força do trabalho interdisciplinar, uma agenda própria tendo este como pressuposto daria sustentação para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, como já havia acontecido no País em relação à epidemia da Aids e de outras mais recentes como a de zika, as quais suscitaram uma potente produção de pesquisas disciplinares e interdisciplinares. É marcante o quanto as revistas nacionais da área tiveram que lidar com a oferta volumosa de artigos durante o período pandêmico. Seria interessante, contudo, analisar o quanto esse esforço realmente resultou em uma real integração entre as áreas e se, como bem alerta Nísia, com uma incorporação das ciências sociais indo além da visão das epidemias apenas como processos biológicos, não incorporando todo o processo social dinâmico e intrínseco de cada situação sanitária específica.

Ainda relevante é a referência feita no artigo sobre a condição de vulnerabilidade global que favorece a disseminação de novas

ou antigas doenças infecciosas, a partir do uso predatório de recursos naturais acentuado pela densidade e mobilidade populacional, criando um campo fértil para o aparecimento de pandemias. Nessas condições, como afirma a autora, torna-se “praticamente impossível dissociar as dimensões biológica e social”<sup>(14)</sup>, o que implica que, para além dos campos específicos do conhecimento, é preciso ultrapassar as barreiras de cada disciplina para entender o contexto complexo ambiental e social. Nesses aspectos, os dois conceitos sociológicos destacados, e muito bem desenvolvidos pela autora, são relevantes: o do fato social total proposto por Mauss e o de interdependência apontado por Elias. Nessa lógica, a pandemia trouxe como questão central o estudo das desigualdades sociais e a necessidade de explorar os conceitos de ‘risco’ e ‘vulnerabilidade’.

Ainda de forma clara, o texto destaca que a pandemia expõe a relação entre os Estados Nacionais, o que, no Brasil, fez com que o Complexo Econômico e Industrial da Saúde se tornasse parte constitutiva e crucial para um desenvolvimento socioeconômico sustentado, o que exige, segundo a autora: “combinar poder de compra do Estado, capacidade de transferência tecnológica e acesso aos produtos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>(18)</sup>. Houve, de fato, uma rápida resposta por parte da ciência no desenvolvimento de vacinas contra a Covid-19. No entanto, isto não foi acompanhado de uma distribuição igualitária entre países. Como bem destacado no texto, e remetendo a Carlos Gadelha<sup>4</sup>:

[...] a ativação e priorização de um complexo médico industrial da saúde, adequadamente desenhado e implementado, pode ser parte da solução, trazendo dinamismo econômico e melhorando a capacidade de resposta a problemas sanitários existentes, que prejudicam

a população, e a outras epidemias que possivelmente virão.

De forma brilhante, a conclusão do artigo é um apelo de que, para superarmos a crise atual, temos que estar preparados para futuras emergências sanitárias. Nesse sentido, é necessário fortalecer as pesquisas interdisciplinares que se dediquem, em especial, aos sistemas naturais e sociais. Nessa lógica, entende que cabe à saúde coletiva papel destacado para definir uma agenda científica e proposta de políticas públicas advindas da interdisciplinaridade. Em suas palavras:

Tal esforço deve valorizar a diversidade de conhecimentos teóricos e tradições disciplinares, mas, ao mesmo tempo, desafiá-los a um empreendimento mais amplo; uma agenda científica coerente com as grandes questões do presente e de um futuro com ainda um grau maior de incertezas<sup>(21)</sup>.

Pensar uma agenda interdisciplinar para o controle da Covid-19 significa lutar por um mundo menos desigual com justiça e cidadania. E aqui eu acrescentaria que a saúde coletiva brasileira, por seu compromisso com a defesa do direito universal à saúde, tem um acúmulo político grande para explorar uma interdisciplinaridade que nos traga possibilidades novas de integração de conhecimento. Esse movimento pode fazer muita diferença neste contexto político tão adverso em que se encontra o País e servir de exemplo para outras áreas do conhecimento.

## Colaboradora

Silva GA (0000-0001-8734-2799)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Lima NT. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. *Saúde debate*. 2022; 46(esp6):9-24.
2. Almeida-Filho. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Est. Avanzados*. 2020 [acesso em 2022 set 14]; 34(99):97-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/PYKMh83rMm77yFnjxCWzLMy/?lang=pt>.
3. Almeida-Filho N. Estratégias de enfrentamento da pandemia da covid-19 no mundo: o Brasil como caso de fracasso. *Cad. do CEAS*. 2021; 46(253):294-136.
4. Gadelha C. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje. *Nexo*. 2020 maio 11. [acesso em 2022 set 14]. Disponível em: <https://www.nexo-jornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil- hoje>.

---

Recebido em 24/01/2021  
Aprovado em 22/06/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A interdisciplinaridade como prática teórica

## *Interdisciplinarity as a theoretical practice*

Aurea Maria Zöllner Ianni<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E603

**NÍSIA TRINDADE LIMA, NO ARTIGO 'PANDEMIA E INTERDISCIPLINARIDADE: desafios para a saúde coletiva'**<sup>1</sup>, convida ao exercício interdisciplinar, argumentando que a pandemia de Covid-19 é um fenômeno inteiramente novo, cujas tendências implicam inflexões e mudanças em um rumo ainda não dado. A autora aborda questões teóricas e metodológicas, oferecendo uma pauta de temas de pesquisa, ação e intervenções político-sanitárias. Propõe valorizar a diversidade de conhecimentos, em agenda científica voltada às “questões do presente e de um futuro com um grau ainda maior de incertezas”<sup>1(21)</sup>.

Adota a perspectiva interdisciplinar dialógica direcionada mais “à proposição de problemas e à busca de respostas” do que a um processo “orientado por epistemologias e metodologias perfeitamente definidas”<sup>1(11)</sup>. Enfatiza a prática do diálogo interdisciplinar, reconhecendo, entretanto, que, no campo da saúde coletiva, esse diálogo tem sido mais postulado que efetivamente realizado, pois os esforços tendem a “hierarquizar conhecimentos”, secundarizando, por vezes, “a importância das ciências sociais”<sup>1(13)</sup>. Ao final, a autora convoca a saúde coletiva à definição de “uma agenda de problemas teóricos e práticos necessários ao enfrentamento das transformações em curso”<sup>1(21)</sup>.

O esforço prático do diálogo interdisciplinar em torno de problemas concretos é exercício fundamental. Entretanto, a aproximação às epistemologias e às metodologias das diferentes ciências talvez seja também inevitável.

Japiassu<sup>2</sup> sistematiza os três eixos epistemológicos da ciência moderna: o da ciência rigorosa, o da biologia e o da cultura e da história. O primeiro instaura o modelo mecanicista da escrita matemática, preocupada em estabelecer escalonagens precisas e relações constantes, tendo sido o eixo que estabeleceu o modelo de cientificidade, sobretudo inspirado na física, privando o que viriam ser as ciências humanas de seu sujeito e objeto. O segundo, da biologia, afirmou a “irredutibilidade da vida”<sup>2(100)</sup> enquanto pressuposto humano sob o tema da evolução, ao instaurar uma “filosofia da natureza pondo em ação o dinamismo da vida, imanente à matéria”<sup>2(100)</sup>. Assim, “toda a história converte[u]-se em história natural”<sup>2(101)</sup>, com um certo sentido; a ordem humana passou a ser explicada por uma certa racionalidade de sentido da vida. O terceiro, da cultura e da história, foi permeado pela ideia do progresso de uma humanidade que “não constitui uma espécie natural, mas uma ideia histórica, uma vocação para a civilização”<sup>2(102)</sup>; um historicismo que sistematiza e condiciona todo o devir humano à civilização e ao progresso e que, também, desvincula todo ser social da natureza, “o ser humano, orgânico em sua estrutura, é cultural em seu desenvolvimento”<sup>2(103)</sup>. Assim, nos termos de Japiassu, a matriz das ciências modernas impôs ao ‘homem’ e ao mundo natural uma racionalidade específica, que o privou de parte de si mesmo e o apartou do mundo natural.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.  
aureanni@usp.br



Muitos dos problemas sanitários, hoje, expressam, em certa medida, algumas fraturas desses, e dentre esses, eixos epistemológicos.

A saúde coletiva, “empreendimento interdisciplinar”<sup>1(12)</sup> desde a sua origem, segundo a autora, assumiu desafios teórico-epistemológicos importantes. Entretanto, não escapou à herança epistemológica moderna – visto que toda ciência se inscreve em determinado contexto histórico-social –, deixando fraturas a serem agora revisitadas.

O campo realizou uma crítica consistente às dimensões mecanicistas e biológicas da ciência moderna tendo por referência os processos em saúde-doença e os corpos humanos individuais e coletivos. Problematizou a ideia de corpo-máquina, o foco na normalidade estabelecida pelo marco biomédico, e a naturalização do meio do modelo ecológico da doença<sup>3-6</sup>. Deixou de problematizar, porém, o tema da evolução, central no que se refere ao eixo da biologia. A crítica, nesse eixo, recaiu sobre o entendimento de que vida, morte, dor, crescimento, deterioração etc. não pertencem apenas a uma espontaneidade biológica, mas também ao social. Salto epistêmico inigualável<sup>7</sup>. Entretanto, a dimensão biológica em si não foi problematizada, permanecendo como se fosse essencialista, determinada, universal, desprovida de narrativa histórica<sup>7,8</sup>. Estabeleceu-se assim uma fratura na crítica à biologia. Tomaram-se os corpos e os processos em saúde-doença como socialmente determinados<sup>9</sup>, tendo sido mantida uma biologia dos corpos e dos processos em saúde-doença biologicamente naturalizados, matéria imanente. Não se problematizou a evolução, tampouco a biologia como ciência, que permaneceu resguardada no interior do campo. Quando a autora convoca à reflexão sobre a relação biológico-social, posiciona a crise sanitária exatamente nesta fratura, a da necessária historicização do biológico, do mundo natural, da biologia.

A saúde coletiva também não problematizou o eixo da cultura e da história, nos termos de Japiassu, de que o eixo realizou a elegia

do humano como expressão da civilização, do desenvolvimento e do progresso, desvinculando-o do mundo natural. Exatamente nessa fratura, outro desafio é mencionado pela autora, a “visão simplificada”<sup>1(14)</sup> de transição epidemiológica que repõe de imediato os temas da evolução e do progresso, articulando os eixos da biologia e da cultura e história. Parte da literatura sobre a crise do mundo contemporâneo vem discutindo os marcos da modernidade em função da dimensão destrutiva do capitalismo industrial e pós-industrial (infocomunicacional), bem como pela dimensão destrutiva da ideia de progresso. Nisbet<sup>10</sup>, discutindo o “triunfo do progresso”, mostra como a ideia esteve articulada às de evolução – biológica e social – e de desenvolvimento, chegando em fins do século XIX a uma “afinidade íntima entre a fé no progresso e fé no que hoje chamaríamos de crescimento econômico”<sup>10(186)</sup>. Essa questão se traduz na pandemia de Covid-19, atravessada simultaneamente pela relação de apropriação da natureza pelo homem em contexto de progresso social, intensa urbanização das populações e globalização, diz a autora.

Tem sido difícil estabelecer os contornos entre o que caracteriza, nos dias de hoje, um fenômeno como “inteiramente novo”<sup>1(17)</sup> – expressão da autora – e outro novo, desconhecido. Ela mesma diz que “não se trata obviamente de fenômeno novo”<sup>1(14)</sup>, sobre a pandemia. O paradoxo não é falácia, mas real. Reflete fraturas expostas, e constitui pistas que convocam à “necessidade de novas abordagens”<sup>1(10)</sup>, diz a autora. Essa é a dialética da modernização, que ilumina “as forças contraditórias”<sup>11(34)</sup> e contribui para o avanço do conhecimento.

Sobre a agenda do desenvolvimento sustentável, especificamente a relação de animais humanos e não humanos, a autora menciona o padrão de infecção-não infecção do vírus Sars-CoV-2, que indica outra fratura do eixo da cultura e história, a que apartou a civilização e o mundo natural; ou melhor, subjugou o mundo natural aos desígnios da civilização e do progresso. Keith Thomas<sup>12</sup>, em belíssimo

trabalho sobre o predomínio do humano no mundo natural, sobre as formas de sujeição e de constituição às de conservação das fronteiras entre os diferentes – humanos, não humanos, humanos e mundo natural –, descreve as classificações escalonadas que construíram uma lei universal sobre a primazia do humano. Isso capacitou os cientistas a defenderem “que a consciência pode ser explicada mecanicamente”<sup>12(39)</sup>, o que produziu o efeito de degradar não apenas o mundo vegetal como também os bichos e os “seres humanos inferiores”; tema exaustivamente problematizado pelas teorias de gênero, decoloniais e pós-coloniais. “A Natureza, desde que conhecida, será dominada, gerida e utilizada a serviço da vida humana”, disse J. Cockburn em 1696, citado por Thomas<sup>12(32)</sup>. Nesse sentido a civilidade, a religião e a educação erudita elevavam o homem acima da natureza garantindo a dominância da espécie humana, europeia.

O fato de um vírus que originalmente não infectava humanos ter se tornado protagonista histórico, como o Sars-CoV-2, reacende a atenção aos inúmeros recursos do mundo natural. Lewontin<sup>13</sup> lembra que os organismos mudam a sua natureza física em estreita relação com o mundo externo, o ambiente, ao mesmo tempo que a mudança ambiental é induzida pela atividade vital dos organismos, e que esse processo se dá tanto na produção quanto na destruição das condições de existência dos organismos e meios. A complexidade do biológico é imensa. É possível, então, concordar com Mayr<sup>8</sup>, que a biologia como ciência deve ser entendida como “compreensão do pensamento da população, probabilidade, chance, pluralismo, emergência, e narrativas históricas”<sup>8(xiii)</sup> [tradução livre], o que desafia o eixo epistemológico da cultura e da história.

Como empreender uma agenda científica em torno de problemas concretos e complexos reconhecendo o futuro de incertezas, visto que os eixos epistemológicos giram em torno de uma cientificidade das relações constantes, da essencialidade irredutível da matéria imanente, da certeza da evolução e do progresso sob

a elegia do humano? Tais eixos implicaram certezas – tanto na diretividade positiva com relação ao futuro quanto na potência humana em solucionar toda e qualquer adversidade, todo e qualquer desafio posto à humanidade. Os pressupostos da ‘transição epidemiológica’ e da ‘erradicação’ de doenças expressaram esse ideário.

O desafio permanece. Que tipo de epistemologia(s) cabem às ciências em contexto de incertezas? Que teorias e práticas são necessárias em contexto de incertezas autoproduzidas?

Coole & Frost<sup>14</sup> sugerem ‘novos materialismos’. Ao problematizarem o materialismo, não o fazem apenas com relação ao biológico e social, mas também ao social-social.

A história emerge aqui como a contínua transformação das formas de manutenção por novas, de eventos indecifráveis e não antecipados, com um corolário de lições de que a intervenção aleatória talvez seja mais eficaz que o paciente entendimento das trajetórias e do trabalho sobre as continuidades que a lógica interna do desenvolvimento pode suportar. [tradução livre]<sup>14(35)</sup>.

Beck<sup>15(366)</sup>, reconhecendo o conceito de vulnerabilidade social como fundamental para a compreensão da sociedade de risco, fala nesse conceito que “transforma e radicaliza a categoria ‘classe’”<sup>15(366)</sup>, conceito-síntese; e posiciona a questão sobre as incertezas.

Os futuros possíveis da modernidade poderiam deixar de ver-se como *oportunidade* para atuar e contemplar – em um horizonte de sentido teórico e politicamente ainda aberto – como futuros arriscados que *forçariam a (contra)atuar preventivamente*. Junto à ‘clarificação’ de ‘futuro em demasia’ entra em cena uma renovada e cética ilustração sobre a necessidade de uma configuração preventiva do futuro: o futuro se aborda *negativamente* e *daí* o seu impulso para sobreviver. [itálicos e aspas do autor]<sup>16(308)</sup>.

Essas breves considerações sugerem pensar em diferentes agendas interdisciplinares na/para a saúde coletiva; e, ainda, em uma agenda de (auto)transformação teórico-prática em contexto de profundas transformações contemporâneas, crises e incertezas. Enfrentar tais fraturas implica, sobretudo, nos termos de Nísia Trindade, não hierarquizar conhecimentos. Nas palavras de Geertz<sup>17(85)</sup>, a “capacidade da nossa imaginação para aprender o

que está diante de nós”, e reconhecer que as ciências “são construídas no tempo”; se não, estarão fadadas a “se transformar num mito encobridor”<sup>17(141)</sup>.

## Colaboradora

Ianni AMZ (0000-0003-1366-8651)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Lima NT. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. *Saúde debate*. 2022; 46(esp6):9-24.
2. Japiassu H. Nascimento e morte das ciências humanas. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1978.
3. Mendes Gonçalves RB. Reflexão sobre a Articulação entre a Investigação Epidemiológica e a Prática Médica a propósito das Doenças Crônico-Degenerativas. In: Costa DC, organizadora. *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco; 1990. p. 39-86.
4. Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber & ciência. Uma abordagem crítica*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
5. Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Pereira JCM. *Medicina, Saúde e Sociedade*. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpres; 2003.
7. Ianni AMZ. *Mudanças sociais contemporâneas e saúde. Estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; 2018.
8. Mayr E. *This is Biology. The Science of Living World*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press; 1997.
9. Stotz EN. A Saúde Coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. In: Canesqui AM, organizadora. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 273-284.
10. Nisbet R. *História da Ideia de Progresso*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; 1985.
11. Berman M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras; 1986.
12. Thomas K. *O homem e o mundo natural*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Lewontin R. *Biology as ideology: the doctrine of DNA*. New York: Harper Collins; 1991.
14. Coole D, Frost S. *Introducing the new materialisms*. In: Coole D, Frost S, editores. *New materialisms. Ontology, agency and politics*. Durham: Duke University Press; 2010. p. 1-43.
15. Beck U. Anexo: diálogo com Ulrich Beck, Arthur Bueno. In: Beck U. *Sociedade de Risco. Rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Editora 34; 2011. p. 361-376.
16. Beck U. *La Sociedad del Riesgo Mundial. En Busca de la Seguridad Perdida*. Barcelona: Paidós; 2008.
17. Geertz C. *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001. p. 131-142.

---

Recebido em 24/01/2022

Aprovado em 22/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Resposta aos comentários feitos ao artigo 'Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva'

*Response to comments made to the article 'Pandemic and interdisciplinarity: challenges for collective health'*

Nísia Trindade Lima<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E604

**O TEXTO 'PANDEMIA E INTERDISCIPLINARIDADE: desafios para a saúde coletiva'** foi concebido como uma proposta de diálogo. Nessa perspectiva, são extremamente bem-vindas as observações de Gulnar Azevedo e Silva e Áurea Ianni. Por caminhos diversos, as autoras trazem importantes contribuições ao tema posto em questão: os desafios teóricos e práticos para o campo da saúde coletiva no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Dessa forma, é sobre o alargamento do repertório cognitivo e programático desse campo que se debruçaram o texto original e as ricas observações por ele suscitadas. Os comentários das colegas, além da generosidade na leitura, colocaram em foco desafios para a saúde coletiva, ressaltando o acúmulo científico e político da área, o que traria condições propícias à valorização da interdisciplinaridade.

No caso de Gulnar Azevedo e Silva, destaca-se o quanto se poderia ter um movimento exemplar, capaz de contribuir para outras áreas do conhecimento. Após tecer comentários sobre a interdisciplinaridade e a integração dos saberes do campo biomédico e das ciências sociais no processo, sempre marcado por tensões, de constituição da saúde coletiva, a autora acentua as possibilidades abertas pelo compromisso programático da saúde coletiva:

eu acrescentaria que a saúde coletiva brasileira, por seu compromisso com a defesa do direito universal à saúde, tem um acúmulo político grande para explorar uma interdisciplinaridade que nos traga possibilidades novas de integração de conhecimento. Esse movimento pode fazer muita diferença neste contexto político tão adverso em que se encontra o País e servir de exemplo para outras áreas do conhecimento<sup>1(27)</sup>.

Em relação à pandemia e seu enfrentamento, parece-me oportuno ressaltar, como parte deste contexto político, o grande movimento de deslegitimação dos argumentos e das evidências científicas, presente de forma acentuada não apenas no Brasil, mas também em muitos outros países. Alguns estudiosos vêm apontando as estratégias mobilizadas por autores e lideranças políticas conservadoras em um processo por meio do qual muitas críticas consistentes à visão positivista da ciência são apropriadas em sentido muito diverso da proposta original dos que as apresentam de forma mais consistente<sup>2,3</sup>. Trata-se de uma ação orquestrada de cunho anticientífico, algo muito diverso, por exemplo, da crítica formulada pelos principais autores do campo

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
nisia.lima@fiocruz.br

dos estudos sociais da ciência, que postulam o caráter de construção social do conhecimento, para o qual concorrem práticas, acordos e lugares sociais concretos, mas que também explicitam não se tratar de um processo aleatório e homogeneizador de diferentes ideias científicas como se fossem o simples resultado de crenças sociais e interesses. Enfatiza-se a produção de consensos, mediante regras e métodos de validação, como característica principal do fazer científico.

O núcleo de todo o problema para diferentes disciplinas científicas talvez seja exatamente o indicado por Gulnar Azevedo e Silva: com a pandemia de Covid-19, fica cristalino que é “praticamente impossível dissociar as dimensões biológica e social”<sup>(27)</sup>. Questões sociais, incluindo as econômicas, e decisões políticas afetam sobremaneira o curso das doenças infecciosas. A forma como os atores políticos concebem a agência humana e outras agências biológicas influencia profundamente o curso das pandemias. Por seu papel na pesquisa em saúde coletiva e na presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – gestão de 2018-2020 –, leio os comentários da colega também como convite à promoção de ações conjuntas voltadas para o fortalecimento da agenda científica e política da Abrasco.

Áurea Ianni, por sua vez, aborda o que considera grandes contribuições científicas da área de saúde coletiva ao problematizar a visão estritamente biomédica e ao lançar a crítica ao biopoder. Ao mesmo tempo, indica uma lacuna na área e no meu próprio texto, no que se refere à crítica epistemológica mais aprofundada da fratura entre as dimensões biológica e social. Propõe a historicização do biológico, do mundo natural, da biologia. Em sua visão, a área de saúde coletiva precisa completar seu esforço crítico:

[...] a dimensão biológica em si não foi problematizada, como se fosse essencialista, determinada, universal, desprovida de narrativa histórica. [...] Tomaram-se os corpos e os processos em saúde-doença como socialmente

determinados, tendo sido mantida uma biologia dos corpos e dos processos saúde-doença biologicamente naturalizados, matéria imanente. Não se problematizou a evolução, tampouco a biologia como ciência, que permaneceu resguardada no interior do campo<sup>4(30)</sup>.

É bastante convergente com reflexões que venho realizando, mas que não desenvolvi no artigo, trazer dois autores que muito aprecio: Keith Thomas, com seu trabalho sobre o predomínio do humano sobre o mundo natural, predomínio posto em xeque em crises sanitárias da proporção da pandemia em curso, e Richard Lewontin, com sua ênfase na característica relacional e interacionista da teoria da evolução darwiniana. Como bem aponta Áurea Ianni, para o biólogo evolucionista norte-americano, trata-se de uma ação de mão dupla, pois os organismos mudam sua natureza física em estreita relação como o mundo externo e o ambiente, ao mesmo tempo que a mudança ambiental é induzida pela atividade vital dos organismos. As condições de produção, bem como as de destruição das condições de existência dos organismos e meios, para serem compreendidas, requerem uma abordagem relacional.

Propor esse desafio cognitivo para a saúde coletiva implica também enfrentá-lo no âmbito das ciências sociais, de um modo mais extenso. Um ponto central consiste na problematização da ‘excepcionalidade’ da espécie humana. Essa é, de fato, uma agenda que ainda requer esforços epistemológicos, mas há áreas que têm buscado avançar nessa reflexão, sendo exemplar a história ambiental que se institucionalizou a partir da década de 1970. Organizada para o exame dos problemas ambientais que se tornaram agudos no século XX, sobretudo no pós-Segunda Guerra Mundial, com a aceleração do tráfego global de mercadorias, pessoas, entes biológicos e poluentes<sup>5</sup>, a história ambiental propõe a adoção da perspectiva ecológica para enfatizar as influências simultâneas e recíprocas que ocorrem entre as ordens natural e social, de

modo a sublinhar a complexidade e o caráter interrelacional dos objetos de estudo<sup>6,7</sup>. Nesse sentido, são privilegiadas a materialidade dos atores históricos – humanos e não humanos – e a interação entre os múltiplos componentes que integram o contexto histórico sob exame<sup>7</sup>.

Antes mesmo da história ambiental, no entanto, a história da saúde, das doenças e da medicina também esteve dedicada a compreender as formulações médico-científicas, em diferentes períodos, problematizando as relações entre os humanos e seus lugares de vivência<sup>8</sup>. A teoria dos germes, formulada e disseminada em fins do século XIX, trouxe concepção mais individualizada e universalizada da doença e inaugurou um novo imaginário em torno do corpo e do ambiente. Autores como Linda Nash<sup>7</sup>, todavia, sustentam que, apesar de defenderem visão estrita do processo saúde-doença, médicos, engenheiros e sanitaristas, orientados pelo paradigma da microbiologia, não descuraram da atenção a fatores ambientais. A historiografia demonstra que tais fatores eram bem proeminentes na medicina tropical, por exemplo, na análise do papel de outras espécies biológicas na transmissão de doenças, como vetores e hospedeiros intermediários<sup>9-11</sup>.

A irrupção das chamadas doenças emergentes, nos anos 1990, colaborou ainda mais para a renovação do olhar sobre a história das sociedades e seus ambientes, pois foi associada a mudanças ambientais. A introdução e a adaptação de vírus existentes em outras espécies animais no hospedeiro humano são correlacionadas ao desmatamento e à invasão de áreas silvestres para moradia, expansão da agricultura, entrada em nichos ecológicos isolados, mudança climática, projetos de irrigação e de industrialização da agropecuária, entre outras modificações associadas a atividades econômicas e modos de vida das sociedades contemporâneas.

A historiografia das doenças em perspectiva ambiental o demonstra, por exemplo, para a malária. Caracterizada como ‘doença tropical’, sua complexidade foi negligenciada no século

XX em favor de uma visão tecnicista que a enquadrava como um problema envolvendo vetores, inseticidas, campanhas de erradicação, medicamentos, redes e testes de vacinas<sup>12</sup>. A malária figurou, nessa época, como símbolo do atraso de regiões e do círculo vicioso entre pobreza e doença. Randall Packard<sup>12</sup> demonstrou que, ao contrário, na história, ela relacionou-se a processos como migrações, atividades econômicas (sobretudo irrigação para a agricultura, que criou ambientes propícios para proliferação dos anofelinos), padrões de exploração da terra, colonialismo e guerras.

Segundo Nash<sup>7,13</sup>, as doenças representam um viés de análise privilegiado para problematizar as fronteiras entre o humano e o não humano. Não são vistas somente como resultante do contato com patógenos, vetores e populações, mas também por meio das alterações nas relações ecológicas que os interligam. Trabalhando com essa perspectiva ecológica, historiadores ambientais e das doenças, em campos, há décadas, marcados por profunda interdisciplinaridade, têm buscado considerar as sociedades humanas, os microrganismos, as espécies animais e vegetais como atores de uma mesma história evolutiva.

A rigor, de fato, essa história evolutiva, essa “necessária historicização do biológico, do mundo natural, da biologia”<sup>4(30)</sup> a que se refere Aurea Ianni, começou com Darwin e Wallace quando apontaram para o fato de o fenômeno da evolução biológica ser um processo populacional e as espécies vegetais e animais, incluindo o *Homo sapiens*, terem uma história que poderia ser recuperada. Autores como Lewontin<sup>14</sup> e Mayr<sup>15</sup> contribuíram muito para uma perspectiva não essencialista das ciências biológicas em geral, e da teoria da evolução em particular. Mayr, em vários de seus artigos e livros, mostrando como a teoria da evolução de Darwin suscitou uma mudança no raciocínio biológico, propondo que as espécies biológicas não possuem quaisquer essências imutáveis, e estão sujeitas a dinâmicas históricas, seletivas e populacionais, que podem levar inclusive à extinção de determinadas

espécies. A espécie humana, portanto, também é parte desse processo. O que Lewontin afirma sobre a plasticidade dos fenótipos – que não são completamente determinados pelos genes que integram organismos, o genótipo, mas dependem da interação com o ambiente em que se encontram os indivíduos de uma espécie – pode ser ilustrado em relação ao próprio Sars-CoV-2: um tipo de coronavírus que convive com morcegos durante milhões de anos e que, por dinâmicas sócio-históricas, adquire outras características, que, para humanos, podem ter consequências dramáticas. Como enfatiza o próprio Mayr, as ciências biológicas, ou ao menos todas as abordagens evolutivas, são ciências históricas, e compartilham com a história o mesmo método de inferência baseado em indícios, sejam eles fósseis, comparativos ou moleculares. Além disso, muitas espécies biológicas, não humanas, são espécies sociais, e o reconhecimento de suas interações, com humanos e não humanos, pode ser muito importante para a saúde de uma forma geral.

A historiadora americana Nancy Stepan<sup>11(78)</sup> chamou atenção para o evolucionismo como um componente inclusive do desenvolvimento do pensamento ambientalista. Para Stepan, Darwin, na 'Origem das espécies', apontou para a complexa relação entre animais e plantas e a luta pela existência em nichos de recursos finitos, mostrando, em numerosos exemplos, que, quando o meio ambiente muda, o complexo de espécies também muda. Stepan menciona ainda o papel desempenhado por Alfred Russel Wallace, cofundador da teoria da evolução, na enfática defesa da natureza contra os efeitos negativos causados pela destruição humana. As ideias críticas de Wallace sobre humanidade e natureza envolveram noções de balanço ecológico, ciclos de crescimento e decadência, a interconectividade de todas as coisas vivas e o envolvimento humano na natureza.

A história ambiental contemporânea reagiu à pandemia de Covid-19 enfatizando a ideia de que a espécie humana, a despeito de seus altos padrões tecnológicos, continua inscrita em processos biológicos, como a própria

pandemia. Assim, Donald Worster<sup>15</sup> destaca como uma causa remota fundamental da pandemia o impulso ou a compulsão humana para controlar, dirigir e manipular processos naturais. A relação entre indivíduos humanos e eventuais patógenos não obedece aos desejos da economia e da política, inscrevendo-se em uma lógica que ciências como a ecologia e a teoria da evolução investigam. Edmund Russel<sup>17-19</sup> procura apresentar e discutir a história humana do ponto de vista da história da domesticação de plantas e animais, e seu impacto ao longo dos séculos, na economia e na saúde humana. Em relação à pandemia de Covid-19, Russell<sup>17</sup> assinala que o interesse humano por vírus se multiplicou, tanto no âmbito do público em geral como em âmbitos científicos, na medida em que tais agentes entraram no rol de ameaça à saúde individual e coletiva.

Outro historiador ambiental, Dipesh Chakrabarty, também explicitou, em artigo de 2020, a importância de nos entendermos, indivíduos e espécie, como integrantes de processos que nos transcendem no espaço e no tempo<sup>20</sup>. Inserindo-nos em um contexto planetário, e não mais em um cenário apenas global humano, ele indica a irreversível entrada em cena de fatores biológico-evolutivos e geológicos, por causa de ações antropogênicas. Para muitos estudiosos, esse processo caracterizaria inclusive a emergência de uma nova era geológica, o Antropoceno. Chakrabarty<sup>20</sup> recusa a explicação de que a causa fundamental da Covid-19 é o capitalismo, indicando forças que são anteriores ao advento desse modo de produção. Sua posição intelectual leva a fraturas muito profundas, a se somar àquelas indicadas por Áurea Ianni, indicando que as ciências sociais são importantíssimas na criação de uma nova forma de compreender nossas relações com a natureza, mas também que as ciências sociais precisam lidar com um tipo de historicidade que transcende a história humana e deita suas raízes na história da vida do próprio planeta Terra.

Nesse âmbito, Chakrabarty<sup>20</sup> considera que as causas da pandemia remontariam, ao menos,

aos tempos em que tentativas humanas para controlar, dirigir e manipular processos naturais levaram ao surgimento da agricultura, depois da pecuária, seguido do processo que, mais tarde se capitalizou, industrializou e informatizou. Negócios de dimensões planetárias, com multidões e produtos viajando de uma parte a outra de um mundo cada vez mais interligado economicamente, também produzem doenças de dimensões planetárias. No entanto, mais uma vez, o controle que temos sobre esses processos está longe de ser pleno, e talvez nunca chegue a sê-lo. De qualquer forma, Chakrabarty<sup>21</sup> salienta essa nossa longa ‘negociação’ com os agentes etiológicos de doenças e a necessidade de reconsiderar o tipo de interpretação que oferecemos para a relação entre indivíduos, populações humanas e as populações de inúmeros agentes biológicos, incluindo vírus, bactérias e outros organismos microscópicos. A humanidade, portanto, deve ser considerada como inserida na vida planetária<sup>21</sup>.

Como vemos, então, a aproximação entre as dimensões naturais e sociais não é só agenda epistemológica, mas também programática, inclusive nas já citadas história das doenças e na história da medicina. Um exemplo contundente se encontra no livro ‘New pandemic, old politics’ (e em artigo com quase o mesmo nome, do ano anterior), de Alex de Waal<sup>22,23</sup>. Com base nas ideias do médico antropólogo Rudolph Virchow, de Waal sustenta que existe uma conexão indissolúvel entre ciência médica, interesse econômico e ideologia política<sup>23</sup>, e, nas palavras de Virchow: “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que medicina em escala”<sup>22(19)</sup>. Além disso, a ciência médica e a política devem ser criticamente informadas pela teoria da evolução. Há uma passagem bem ilustrativa a esse respeito em seu livro.

Segundo o autor, uma geração de microbiologistas tem nos alertado que, se quisermos manter nosso modo de vida atual, devemos estar constantemente à frente da evolução dos patógenos. Os biólogos evolucionistas chamam isso de dinâmica da ‘Rainha Vermelha’, em

homenagem à personagem de ‘Alice através do espelho’, que diz a Alice que ela deve correr o mais rápido que puder para permanecer no mesmo lugar. A microbiologia do Antropoceno sugere que essa metáfora é fraca: devemos acelerar o mais rápido que pudermos para acompanhar o ritmo acelerado da mutação microbiana e do transbordamento (*spillover*) zoonótico. Isso requer uma engenharia cada vez mais elaborada do ambiente planetário, do clima aos vírus. Se vírmos outras formas de vida como nossas posses ou como nossos inimigos, se nos propusermos a travar uma guerra, a lógica evolucionária nos diz que não poderemos vencer. Tal paradigma ecológico histórico já foi uma visão minoritária entre os especialistas em doenças infecciosas, porém, hoje deixou de ser. O conceito de *One Health* está ganhando aceitação, o que implica aceitar que a saúde do planeta, a vida animal e os seres humanos estão interligados. Precisamos entender a dinâmica de interseção de patógenos, meio ambiente, saúde veterinária, saúde pública e meios de subsistência humanos, e agir de forma conjunta e rápida<sup>22(259)</sup>.

A perspectiva acrítica de progresso e desenvolvimento como um processo linear e intrinsecamente positivo está cobrando seu preço em pandemias e mudança climática. Torna-se imperativa uma revisão das bases epistemológicas que interpretaram a espécie humana como algo à parte da natureza. Para avançar nessa agenda em termos programáticos, há muitas propostas em curso também na história ambiental, como, por exemplo: estudos multiespécies com ontologia relacional e materialista<sup>24</sup>, história planetária orientada pela habitabilidade<sup>21</sup>, conhecimento antecipatório e história não antropocêntrica<sup>25,26</sup>, e a visão dos humanos como criaturas bioculturais<sup>27</sup>. A despeito de suas especificidades, todas essas perspectivas reivindicam, como também advogo, práticas de pesquisa que entrelacem ciências humanas e naturais, e busquem promover literacia científica e abordagens colaborativas e interdisciplinares. Essa é a tarefa mais urgente para a renovação da agenda da saúde coletiva.

## Agradecimentos

Além de agradecer às autoras dos comentários, devo também registrar as contribuições de Dominichi Miranda de Sá e Ricardo Waizbord, com quem venho discutindo muitas das questões aqui apresentadas.

## Colaboradora

Lima NT (0000-0002-2494-7077)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Silva GA. Comentários sobre o artigo 'Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva' de Nísia Trindade Lima. *Saúde debate*. 2022; 46(esp6):25-28.
2. Alexander JC. Vociferando contra o Iluminismo: a ideologia de Steve Bannon. *Sociol. e Antropol.* 2018. [acesso em 2022 jun 9]; 8(3):1009-1023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/bLLTnxyrM-ppVhCXwChrm6rN/abstract/?lang=pt>.
3. Kropf S. O laboratório e a urgência de mover o mundo. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al., organizadores. *Diário da pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 53-61.
4. Ianni AMZ. A interdisciplinaridade como prática teórica. *Saúde debate*. 2022; 46(esp6):29-33.
5. McNeill JR. *Something New Under the Sun: An Environmental History of the Twentieth-Century World*. New York: WW Norton; 2000.
6. Cronon W, editor. *Uncommon Ground: Rethinking the Human Place in Nature*. New York: WW Norton; 1996.
7. Nash L. *Inescapable Ecologies: A History of Environment, Disease and Knowledge*. Berkeley: University of California Press; 2006.
8. Arnold D. *La naturaleza como problema histórico: el medio, la cultura y la expansión de Europa*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
9. Stepan N. *Picturing Tropical Nature*. Ithaca: Cornell University Press; 2001.
10. Anderson W. *Natural Histories of Infectious Disease: Ecological Vision in Twentieth-Century Biomedical Science*. *Osiris*. 2004. [acesso em 2022 jun 9]; 19:39-61. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3655231>.
11. Caponi S. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2003 [acesso em 2022 jun 9]; 10(1):113-150. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Djt-ttdWT74HSxV5xvymVNRnx/abstract/?lang=es>.
12. Packard RM. *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*. Baltimore: John Hopkins University Press; 2007.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Nash L. Beyond Virgin Soils: Disease as Environmental History. In: Isenberg AC, editor. *The Oxford Handbook of Environmental History*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 76-107.
14. Lewontin R. *The Triple Helix: Gene, Organism, and Environment*. Cambridge: Harvard University Press; 2000.
15. Mayr E. *Biologia, ciência única*. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
16. Worster D. Outra primavera silenciosa. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al., organizadores. *Diário da pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 78-90.
17. Russell E. Coevolution in a Time of Coronavirus. In: Alagona P, Carruthers J, Chen H, et al. *Reflections: Environmental History in the Era of Covid-19*. *Env. Hist.* 2020 [acesso em 2022 jun 9]; (25):657-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7665503/pdf/emma053.pdf>.
18. Russell E. *Evolutionary History: Uniting History and Biology to Understand Life on Earth*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
19. Russell E. *Evolutionary History: Prospectus for a New Field*. *Environ. Hist.* 2003 [acesso em 2022 jun 9]; 8(2):204-228. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.2307/3985709>.
20. Chakrabarty D. An Era of Pandemics? What is Global and what is Planetary About Covid-19. *Crit. Inq.* 2020. [acesso em 2022 jun 9]. Disponível em: <https://critinq.wordpress.com/2020/10/16/an-era-of-pandemics-what-is-global-and-what-is-planetary-about-covid-19/>.
21. Chakrabarty D. *The Climate of History: Four Theeses*. *Crit. Inq.* 2009 [acesso em 2022 jun 9]; 35(2):197-222. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/596640>.
22. De Waal A. *New Pandemics, Old Politics: Two Hundred Years of War on Disease and its Alternatives*. Cambridge: Polity Books; 2021.
23. De Waal A. *New Pathogen, Old Politics*. *Boston Review*. 2020. [acesso em 2022 jun 9]. Disponível em: <https://bostonreview.net/articles/alex-de-waal-thinking-critically-pandemic/>.
24. Tsing AL. *Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no Antropoceno*. Brasília, DF: IEB Mil Folhas; 2019.
25. Domanska E. Beyond Anthropocentrism in Historical Studies. *Historiein*. 2010. [acesso em 2022 jun 9]; 10:118-30. Disponível em: <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/historiein/article/view/2103>.
26. Simon ZB. Eventos de transformação disruptiva. In: Sá DM, Sanglard G, Hochman G, et al., organizadores. *Diário da pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 214-21.
27. Frost S. *Biocultural Creatures: Toward a New Theory of the Human*. Durham, NC: Duke University Press; 2016.

---

Recebido em 14/06/2022

Aprovado em 09/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# O desafio da formação interdisciplinar de graduandos de medicina: contribuições dos grupos Balint-Paideia

## *The challenge of interdisciplinary training for medical students: the Balint-Paideia groups contributions*

Elisa Toffoli Rodrigues<sup>1,2</sup>, Mônica Martins Oliveira-Viana<sup>3</sup>, Fernanda Nogueira Campos-Rizzi<sup>4</sup>, Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E605

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo analisar o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar na formação de estudantes de medicina por meio de grupos Balint-Paideia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e analítica, realizada com graduandos do internato de saúde coletiva de uma universidade pública brasileira. Os internos participaram de grupos Balint-Paideia durante sua imersão nas equipes de saúde da família. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e analisados mediante construção de narrativas. Foram encontrados os seguintes núcleos argumentativos: potencialidades e os entraves para o trabalho em equipe; influência da formação baseada no trabalho para o exercício da atividade colaborativa; papel dos grupos Balint-Paideia no processo formativo e na aprendizagem de conceitos relevantes para a Atenção Primária à Saúde. A estratégia pedagógica combinando prática na Atenção Primária à Saúde, vivência interprofissional e grupos Balint-Paideia, com elaboração de projeto terapêutico singular, apesar de desafiante, tende a propiciar um olhar que transcende a clínica estritamente biomédica e as relações assimétricas, evocando os estudantes de medicina à construção de uma práxis interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE** Práticas interdisciplinares. Equipe de assistência ao paciente. Atenção Primária à Saúde. Internato e residência. Educação médica.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze multidisciplinary work, through an interdisciplinary perspective in the training of medical students with Balint-Paideia groups. This is a qualitative, descriptive, exploratory, and analytical research. The participants were undergraduate students who were in the collective health internship in a Brazilian university. The interns participated in Balint-Paideia groups while staying in family health units. For data collected, we utilized focus groups. For data analyses, was employed narrative construction. The argumentative axes found potentialities and obstacles to teamwork; the work-based training influence for collaborative work; Balint-Paideia groups role in the training process and in the relevant concepts to Primary Health Care learning. The pedagogical strategy combining Primary Health Care practice, interprofessional experience, and Balint-Paideia groups, with a singular therapeutic project development, although challenging, tends to provide a transcendent view to the strictly biomedical clinic and to asymmetrical relationships, evoking medical students to an interdisciplinary praxis construction.*

**KEYWORDS** *Interdisciplinary placement. Patient care team. Primary Health Care. Internship and residency. Educational, medical.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia (MG), Brasil. [elisa\\_toffoli@yahoo.com.br](mailto:elisa_toffoli@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP), Instituto de Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Escola Superior de Administração, Marketing e Comunicação de Uberlândia – Uberlândia (MG), Brasil.



## Introdução

A formação médica vem passando por transformações com a institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde<sup>1</sup>. Apesar de recomendada, ainda é um grande desafio a inserção dos alunos na Atenção Primária à Saúde (APS). A formação médica, em muitos espaços, ainda é pautada em um modelo hospitalocêntrico, médico centrado e com visão biomédica do processo saúde-doença<sup>2-4</sup>.

A APS, especialmente as equipes de saúde da família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), é reconhecida como importante cenário de prática adequado para assegurar aspectos da formação interdisciplinar e multiprofissional, características indispensáveis ao próprio trabalho da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ainda pouco valorizadas em graduandos da área da saúde, mesmo entre os de medicina<sup>5</sup>. A interdisciplinaridade pressupõe um eixo em comum entre as disciplinas enquanto a multidisciplinaridade prevê a justaposição delas, sem um eixo coordenador. Ambos os conceitos e aspectos formativos são indispensáveis para a formação do profissional de saúde<sup>6</sup>.

A garantia de uma atenção integral que aumente a resolutividade no âmbito da APS requer a colaboração entre profissionais de diversas áreas, trabalho esse chamado de interprofissional<sup>7</sup>, que, apesar de se associar a várias terminologias com prefixos multi, inter e trans, direcionam-se para o reconhecimento chamado 'trabalho de equipe', o qual, de acordo com Peduzzi<sup>8</sup> e com Peduzzi e Agreli<sup>5</sup>, implica reconhecimento entre profissionais, compartilhamento, senso de pertencimento, trocas em via de mão dupla, comunicação e colaboração, em consonância com o que Campos, Cunha e Figueiredo<sup>9</sup> propõem como cogestão e efeito Paideia para os serviços de saúde.

Assim, ao orientar-se para a prática colaborativa e ao trabalho interdisciplinar, viabilizados por estratégias de cogestão, as equipes devem buscar o diálogo, a negociação,

a redução da competição e, concomitantemente, estabelecer relações de parceria e responsabilidade coletiva, contrapondo-se ao modelo tradicional de formação, de formato uniprofissional<sup>5,10</sup>.

Para superar esse contexto, uma alternativa são as metodologias de ensino-aprendizagem que valorizem a escuta (de si mesmo e do outro), a capacidade de fazer contratos e compromissos no grupo e, conseqüentemente, a capacidade de trabalhar com o outro e com uma equipe multiprofissional<sup>11</sup>. O aluno necessita de uma formação que não só incida sobre a conformação de atitudes e comportamentos considerados adequados, mas também que inclua a gestão, a política e o governo de si, superando o discurso moralizante-culpabilizante e as práticas não humanizadas.

Os Grupos Balint-Paideia (GBP), presentes na proposta da Formação Paideia, apresentam-se como uma possibilidade pedagógica dentro desse contexto de acordo com Oliveira-Viana e Campos<sup>12</sup>. Na Formação Paideia, interação, de modo sinérgico, diferentes referenciais teóricos, que incluem a psicanálise, o materialismo sócio-histórico dialético, o construtivismo, entre outros, de modo a dar sustentação para as propostas de um ambiente institucional e espaço psíquico acolhedor e democrático, as quais favoreçam o trabalho interdisciplinar e a cogestão, ou gestão compartilhada – de casos e de processos de trabalho<sup>10</sup>. Entretanto, na presente pesquisa, a abordagem utilizada como orientadora dos GBP refere-se fundamentalmente à psicanálise e aos aspectos de sustentação e de criação/reflexão pautada em relações bilaterais de saberes, afetos e poder que favoreçam a articulação entre teoria e prática<sup>12</sup>.

A estratégia central dos GBP é a discussão de casos concretos, baseados na realidade e na prática profissional, a partir da escolha dos alunos. Inspira-se nas proposições de Balint<sup>13</sup>, derivadas dos grupos realizados com médicos generalistas do sistema nacional de saúde inglês, na medida em que aposta na discussão de casos reais para acessar aspectos

transferenciais e reflexões sobre a prática para promover a ressignificação e, por conseguinte, a formação dos participantes. Contudo, nos GBP, diferentemente dos grupos Balint, os casos podem ser clínicos, com ênfase no indivíduo ou casos de saúde coletiva ou institucionais, como os relacionados a problemas da comunidade ou intersetoriais, à promoção à saúde ou a atendimentos de grupos. Desse modo, pretende-se avançar nas discussões e proposições teórico-práticas voltadas não apenas para o autoconhecimento e melhoria da relação médico-paciente, mas também para o incremento dos coeficientes de co-gestão e de autonomia, e para a ampliação da capacidade de análise e de intervenção nas dimensões tecnoassistenciais, socioassistências e institucionais<sup>9,12,14</sup>.

Assim, nos GBP aqui analisados, os alunos apresentam o caso escolhido na forma de livre discurso (não estruturada previamente, sem apresentação de *slides* ou algum manuscrito) para discussão em grupo. A utilização da associação livre, tal como propõe Balint<sup>13</sup>, permite que se evidencie a transferência e a contratransferência, contribuindo para um entendimento das relações intersubjetivas que se estabelecem. Os GBP também contam com apoio do professor (chamado de apoiador), que ajuda o grupo a aumentar a capacidade de compreensão do caso e a buscar a gênese dos problemas. Após a reflexão inicial nos GBP, estimula-se que os alunos discutam o caso com a equipe na qual estão inseridos e, posteriormente, rediscutam o caso nos GBP<sup>9</sup>.

A formação Paideia, que abrange a lógica dos GBP, pautou as reflexões sobre as intervenções cotidianas e propunha abordar a relação com o outro, o acompanhamento das dificuldades de manejo de casos reais e, também, a compreensão das relações institucionais – tudo isso agregado à valorização da dimensão técnico-científica da formação, de modo a compreender os aspectos do processo saúde-doença, como as manifestações das patologias e seus possíveis recursos terapêuticos, associado aos aspectos ‘psi’ e os relacionados

com a gestão<sup>9</sup>. Compreende-se que os aspectos produtivos conscientes e inconscientes são indispensáveis, sendo propulsores e limitadores nas relações de cuidado. A revivência de modelos, o deparar-se com falhas e rupturas de campos válidos e estáveis, tende a gerar oportunidades de ação e saber; porém, é perceptível a repetição de relações assimétricas.

Busca-se, dessa forma, compreender a formação como práxis, tal como entendida por Paulo Freire<sup>15</sup>, em que, partindo-se da conformação de relações de respeito e de coconstrução entre professor-aluno, procura articular teoria e prática em uma ação transformadora da realidade, na perspectiva emancipadora dos sujeitos. Ao contrário da formação estritamente técnica, na práxis pedagógica pretendida no bojo do referencial dos GBP, o sujeito não pode se furtar da reflexão e dos questionamentos para escolher os melhores procedimentos e condutas para situações singulares. É necessário refletir sobre o conhecimento acumulado adequando-o à peculiaridade de cada situação, ou seja, aos sujeitos envolvidos e às diferenças de valores e conjunturas<sup>9</sup> e engajados com o compromisso da mudança social.

Um ponto essencial na realização dos GBP é a ênfase no manejo das relações interpessoais, do estudante com ele mesmo, com os seus colegas ou com a equipe de trabalho. As análises e as reflexões tanto das relações quanto do contexto visam à construção de intervenções onde se está inserido. Isso significa que os GBP se pautam em uma formação que estimula, além da reflexão, a intervenção conjunta e a coprodução de mudanças institucionais, o que demanda lidar com relações de poder no modo de fazer. Na prática, isso ocorre por meio da elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>9</sup> inseridos na lógica do processo de trabalho orientado pela gestão compartilhada e pela democracia institucional<sup>9</sup>.

Nesse sentido, a realização dos GBP, associada aos Projetos de Intervenção/Projetos Terapêuticos, dentro da Formação Paideia, busca conciliar e reinventar elementos oriundos de propostas pedagógicas como as da

educação permanente<sup>16</sup>, da supervisão clínico-institucional<sup>17</sup>, da aprendizagem baseada no trabalho descrita por Raelin<sup>18</sup> e Billett<sup>19</sup> e da aprendizagem baseada em problemas analisada por Vernon e Blake<sup>20</sup>.

O principal elemento compartilhado por tais abordagens é a aposta na produção de subjetividade cuidadora, reflexiva e crítica. Barros<sup>21</sup> explica que pensar a formação nesse âmbito significa colocar em cena os territórios existenciais, o cotidiano de trabalho e as diferentes relações que se estabelecem nesses encontros. Já não se trata de dar informações sobre um tema, mas de possibilitar a apreensão de diferentes modos de conhecimento e pensamento, provocando mudanças em nome de novas práticas, novos objetos e novos sujeitos.

Todavia, é preciso reconhecer que persiste a dificuldade em implementar, nas instituições de ensino superior e no SUS, essas estratégias interativas de formação e que as iniciativas pedagógicas baseadas no trabalho compartilhado ainda enfrentam resistência e dificuldade operacional<sup>22-25</sup>. Isso demonstra a relevância de avançar na análise e na discussão sobre experiências voltadas para esses propósitos.

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo analisar o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar na formação de estudantes da graduação de medicina por meio de GBP.

## Material e métodos

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e analítica a respeito da utilização de estratégia pedagógica de GPB com estudantes do Internato de Saúde Coletiva, durante o 12º período do curso de medicina de uma universidade pública do interior de Minas Gerais. Toma como objeto de análise a formação médica interdisciplinar e multiprofissional no cenário da atenção básica.

Os GBP funcionavam com discussão de casos clínicos, escolhidos e apresentados por uma dupla/trio de internos, a partir da vivência

destes na APS; e, também, com momentos de discussão teórica. Os GBP foram incorporados como atividade curricular obrigatória para os estudantes, porém não incluída na avaliação somativa dessas atividades, para minimizar as interferências no processo de discussão dos próprios grupos. Os 42 estudantes foram divididos em duas turmas, cada uma com 12 encontros quinzenais durante o segundo semestre de 2019.

Os estudantes, ao longo dos seis meses do Internato de Saúde Coletiva, estagiaram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde realizaram suas atividades em uma equipe de saúde da família e no Nasf, exceto por quatro estudantes que fizeram o estágio no Centro de Saúde Escola cujo modelo de atenção ainda era de uma UBS tradicional, embora em transição para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar do cenário nacional de precarização da APS e importante afastamento do modelo da ESF, que se manifesta desde a mudança da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017<sup>26</sup> e se intensifica na nova forma de financiamento, com o Programa Previnde Brasil<sup>27</sup>, que tende a remunerar procedimentos médicos do tipo queixa-conduta e retira recursos para ações interdisciplinares, tais como os Nasf<sup>28,29</sup>, todas as equipes nas quais os estudantes estavam inseridos contavam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Nasf e ainda eram organizados segundo as diretrizes da PNAB (exceto as do Centro de Saúde Escola).

Para a produção de dados, foram realizados Grupos Focais (GF) com os estudantes: dois realizados concomitantemente no início (GF<sub>i</sub>) e um ao final (GF<sub>f</sub>) do estágio, com a participação de 25 e 14 estudantes respectivamente.

O GF tem sido utilizado para avaliar perspectivas e experiências a partir do olhar dos próprios participantes do grupo. Recomendado para pesquisas avaliativas e reconhecido por Westphal, Bógus e Faria<sup>30</sup> como técnica eficaz para planejamento e avaliação de programas educativos, o GF adapta-se aos objetivos do nosso estudo, contribuindo para a avaliação da

Formação Paidéia<sup>12</sup> e, por conseguinte, para a avaliação do uso do GBP.

Os GF desta pesquisa foram gravados em áudio e transcritos. Para a interpretação do material produzido nos GF, empregou-se a técnica de elaboração de narrativas, conforme metodologia analítico-reflexiva proposta por Onocko-Campos e Furtado<sup>31</sup>.

Na narrativa, o analista se coloca como intérprete, como tradutor do que foi dito pelo grupo. Isso significa que há a interferência da cultura, do modo de ser e pensar do analista nas narrativas. Dessa forma, a própria transcrição da narrativa, com o encadeamento de ideias e extração dos principais argumentos, já se constitui uma primeira parte da interpretação. Em seguida, as narrativas foram submetidas a uma grade interpretativa para extração dos principais núcleos argumentativos em relação ao roteiro utilizado nos GF<sup>32</sup>.

Foram cumpridos os requisitos da resolução nº 466/2012 e suas complementares, tendo sido o estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sob o número CAAE 00849118.0.0000.5404, e da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob o número CAAE 00849118.0.3001.5152. Todos os 42 participantes foram informados sobre os termos da pesquisa e deram anuência para sua inclusão no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

Ao analisar as narrativas dos GF sob o olhar do trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar, foram construídos os seguintes núcleos argumentativos: a) potencialidades e entraves para a realização do trabalho em equipe, b) a influência da formação baseada no trabalho para o exercício da atividade colaborativa com equipes multiprofissionais, c) o papel dos Grupos Balint-Paideia no processo formativo do estudante de medicina para a

atuação no SUS e da aprendizagem dos conceitos práticos básicos da APS a partir da vivência com profissionais de outras áreas.

### Potencialidades e entraves para a realização do trabalho em equipe

As potencialidades do trabalho em equipe, como primeiro núcleo argumentativo, aparecem na narrativa inicial de forma muito vaga e abstrata, reflexo da vivência esparsa e pontual do trabalho multiprofissional que os estudantes tiveram até o 11º período do curso de medicina, mais focada no cenário hospitalar.

Apesar da grande admiração dos estudantes pelo SUS, foi difícil identificarem seus aspectos positivos, que eram relatados de forma genérica ou conceitual, como aqueles relativos aos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Chama atenção que o trabalho multiprofissional foi um dos poucos aspectos que os estudantes conseguiram exemplificar como o 'SUS que dá certo'.

No final do estágio, percebeu-se que os internos conseguiram identificar mais concretamente as potencialidades do trabalho multiprofissional na medida em que puderam vivenciá-lo nas UBS. Para a maioria deles, foi somente no 12º período do curso de medicina que eles puderam exercitar o trabalho multiprofissional pela primeira vez. Descrevem a atuação com diferentes categorias profissionais (enfermeiros, ACS, assistentes sociais, psicólogos, entre outros) em diversos cenários: discussões de casos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, construção de PTS, ações no território e intersetoriais, e campanhas. Destacaram também a ampliação do cuidado em saúde mental como uma das potencialidades do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

*O interessante é que vimos isso [o trabalho multiprofissional] acontecendo na prática, como uma discussão conjunta de caso, a articulação em rede, dentre outros. Pudemos ver casos onde foi realizada a consulta conjunta entre o médico de família, o*

*médico especialista que faz a tutoria na unidade e a enfermeira; trabalho conjunto com a assistente social do Nasf, a qual fazia a articulação com equipamentos sociais do território [como escola]. Algumas equipes até se mobilizaram, em casos pontuais, com arrecadação de dinheiro na própria equipe ou por meio de doações para fornecer uma cesta básica para uma família extremamente vulnerável do território. (GFf).*

Em relação aos entraves para o trabalho em equipe, pode-se perceber que, apesar de ser reconhecido como essencial para um bom funcionamento da atenção básica (e outros níveis do sistema), os estudantes apresentaram diferentes olhares sobre o que seria um trabalho multiprofissional satisfatório e relataram, no GF inicial, apreensão em trabalhar em equipe, pois não sabiam ao certo o papel de cada profissional.

Japiassu<sup>6</sup> discute os conceitos de multidisciplinar e pluridisciplinar para então esclarecer a interdependência dos saberes, a interdisciplinaridade. Os dois primeiros conceitos geram agrupamento de saberes, não há um acordo metodológico para a construção do objeto comum. Para esse autor, um projeto de trabalho interdisciplinar é reconhecido pela intensidade de trocas entre os pares e pela integração das disciplinas. Dessa forma, a preocupação com o papel de cada profissional denuncia a não compreensão da complexidade do objeto saúde e expõe mais uma vez a fragilidade da formação reduzida ao modelo biomédico.

A experiência anterior dos alunos havia sido pautada em uma lógica médico-centrada, o que também configura um dos entraves para o trabalho em equipe. Há uma desvalorização de qualquer tipo de saber dos profissionais não médicos, refletindo na delegação de funções para os demais profissionais, sem discussão de caso ou construção conjunta de projetos terapêuticos. Parece reproduzir a assimetria de poder na divisão social do trabalho, que Peduzzi et al.<sup>3</sup> denunciam como ponto a ser superado para a efetivação da interdisciplinaridade.

*Muitas vezes só delegamos a função para os trabalhadores das demais categorias profissionais. Por exemplo, no hospital a gente só entrega a prescrição para os enfermeiros e pede para eles executarem o que está descrito, tipo medicação, curativo ou outro. E isso se repete com outros profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. (GFf).*

Na prática em saúde, os trabalhadores devem lidar com a multiplicidade de saberes e de poder de cada profissional, bem como com as diferenças de paradigmas, o que torna importante saber lidar com conflitos em vez de evitá-los ou de tentar consensos em todas as situações. É preciso exercitar a capacidade de fazer pactuações<sup>9</sup>. Os estudantes, no GF inicial, identificam bem esse conflito e encaram que deveriam envolver a amorosidade em sua resolução.

Os GBP, por sua vez, foram espaços coletivos em que os estudantes puderam refletir sobre casos clínicos, respeitando as diversas opiniões, e incluindo a complexidade das relações humanas, que ultrapassam burocracias e lugares instituídos, embora sejam influenciados por essas estruturas. A experiência de lidar com essa complexidade permitiu aos estudantes identificar o aspecto intersubjetivo do cuidado, do qual faziam parte ativamente, resultando em novas percepções sobre a própria identidade profissional. Além disso, os estudantes foram estimulados a participar de espaços coletivos nas unidades de saúde (reuniões de equipe) com intuito de ampliar a discussão do caso a partir de visões diferentes de mundo, da equipe e de usuários, tentando construir contratos e elaborar projetos comuns.

A vivência dos estudantes na APS evidenciou relações burocratizadas que dificultaram a construção de um cuidado conjunto entre profissionais, estudantes e usuários. A burocratização das ações foi também considerada um dos entraves ao trabalho em equipe: “Quando havia reunião de equipe [nas UBS], pouco se viu a discussão de casos, mas sim a discussão de

*demandas administrativas/burocráticas” (GF<sub>i</sub>). A racionalidade técnica e normativa, herança do paradigma gerencial hegemônico na saúde, reflete em ações que endurecem as equipes, dificultam o diálogo entre os próprios trabalhadores, e destes com os usuários, e apagam os sujeitos em suas particularidades<sup>9</sup>.*

Além disso, a relação de poder hierárquica vivenciada pelos internos, predominantemente no ambiente hospitalar, mas também nas UBS, foi relatada como outro dificultador para o trabalho multiprofissional. Os estudantes ficaram extremamente mobilizados com esse tema durante os GF, descrevendo o assédio que sofreram durante o curso de medicina, e denunciaram a cultura de competição e de individualismo, que prioriza o trabalho do médico em detrimento do trabalho de outros profissionais. Essa discussão tornou-se mais branda no grupo final, quando os estudantes ressignificam o papel do médico na equipe multiprofissional a partir do estágio na UBS.

*Quando somos questionados sobre como vivenciamos a relação de poder durante o estágio do Internato de Saúde Coletiva, a primeira reação nossa é de alívio! Alívio ao pensar que pudemos vivenciar uma relação de poder na UBS bem diferente da do hospital, com bem menos hierarquia. Alívio ao pensar que nós médicos não precisamos ser os únicos detentores do saber, como era o papel da maioria dos chefes lá no hospital. Além do mais, podemos compartilhar as decisões com os usuários, já que aprendemos na prática que o paciente também tem responsabilidade no cuidado. (GF<sub>f</sub>).*

É interessante notar como essa construção social do ‘médico todo poderoso’ abriu espaço para que os estudantes dialogassem com profissionais de outras categorias e vice-versa, o que indica uma possibilidade de reestruturação psíquica que tende a se orientar para um fazer/saber colaborativo.

A própria experiência multiprofissional e as relações transferenciais que nela se estabelecem parecem ter auxiliado na aprendizagem do trabalho colaborativo.

*Alguns de nós nos sentimos mal de pensar que no hospital o comum era não levarmos em consideração a informação do enfermeiro, que tem 5 anos de faculdade. E é bom pensar que na Unidade [na maioria delas] até os ACS, que não tem formação técnica específica, são valorizados. (GF<sub>i</sub>).*

Toda relação é imersa e sustentada por um ambiente que, se adequado, permite a atualização de amadurecimentos potenciais do sujeito<sup>33</sup>. Os estudantes se surpreendem, o tempo de formação do profissional parecia validar ou invalidar seu conhecimento; agora a premissa parece questionável, cinco anos de formação é comum a quase todas as graduações em saúde, exceto ao curso de medicina. Identificando a valorização dos ACS em algumas unidades, logo, os alunos se aproximam da compreensão de que o trabalho multiprofissional interdisciplinar não se reduz apenas a saberes constituídos formalmente, envolve saberes populares e avançadas tecnologias humanas, como a relação entre pares.

Afirmam ainda que “Às vezes achamos mais fácil lidar com profissionais de outras categorias, que nos tratam como ‘médicos’ [...] podiam falar abertamente, pois não havia hierarquia...” (GF<sub>i</sub>), referindo-se à pirâmide de poder dentro dos hospitais, na qual os estudantes de medicina são considerados ‘profissionais de saúde’ mais confiáveis aos enfermeiros do que os médicos. Nota-se que é na relação multiprofissional que os estudantes se reconhecem valorizados e que identificam lugares estruturalmente forjados para e pela categoria médica. Assim, na relação com os diferentes e na reflexão sobre as relações de poder, surge a possibilidade de mudança, construindo uma práxis interdisciplinar.

Entende-se que, no ambiente hospitalar, mesmo cientes da assimetria que afeta diretamente aos estudantes, ela era repetida, atualizada nas relações com profissionais de outras áreas, que comumente não a levavam em consideração. Após a experiência multiprofissional de cunho integrativo<sup>8</sup> na APS, alguns internos atualizaram suas relações com o fazer-saber dos profissionais enfermeiros e de outros.

Por vezes, os estudantes se referem aos aspectos clínicos do cuidado concomitantemente à importância da aprendizagem para além da clínica, favorecida pela vivência no estágio na APS e pelo encontro com profissionais de outras categorias. Há evidências do reconhecimento do próprio trabalho como parte de um processo integrado que inclui a intersubjetividade dos diversos atores envolvidos e diversas áreas de saber.

Um desafio na APS é a construção de espaços de gestão coletivos e democráticos, operando com a lógica da cogestão e do apoio nas relações interprofissionais<sup>34</sup>. Nas UBS onde os internos estagiaram, apesar de haver um espaço protegido semanalmente para a reunião de equipe, os estudantes relataram que as decisões eram centralizadas na figura do(a) coordenador(a) da equipe, representado(a) pelo(a) enfermeiro(a): “[...] *E isso fica tudo concentrado no papel da enfermeira pois não há corresponsabilização das decisões*” (GF<sub>i</sub>).

### **A influência da formação baseada no trabalho para o exercício da atividade colaborativa com equipes multiprofissionais**

O local de trabalho é um importante campo de aprendizagem do estudante. Existem diversas ferramentas e abordagens que podem ser empregadas para aprimorar a aprendizagem baseada no trabalho, garantindo o treinamento de profissionais de saúde capazes de prestar cuidados eficientes, eficazes e seguros aos pacientes<sup>18,19,35</sup>. Aqui entra a análise do segundo núcleo argumentativo: a influência da formação baseada no trabalho para o exercício da atividade colaborativa com equipes multiprofissionais.

Um dos fatores que impactam na aprendizagem no local de trabalho é a duração e o tempo de um estágio. Estágios mais longos e integrados são mais benéficos que aqueles muito curtos, os quais dificultam a imersão na cultura do serviço, da equipe e da especialidade<sup>35</sup>. A oportunidade da imersão dos

estudantes durante seis meses na mesma equipe de saúde da família foi reconhecida por eles como um diferencial positivo para o aprendizado, refletindo na integralidade do cuidado inerente ao poder “*iniciar um pré-natal e ainda ter a oportunidade de consultar o binômio*” (GF<sub>f</sub>).

Uma dificuldade na aprendizagem baseada no trabalho é a falta de padronização do que vai ser ensinado, já que o local de trabalho nem sempre oferece oportunidades equânimes. Além disso, existe uma tensão na educação médica entre o que seria promover um ensino médico de excelência e como dar respostas a questões instrumentais do mundo do trabalho, considerando as necessidades da população, dos trabalhadores e dos empregadores<sup>35</sup>. Como cada grupo de quatro ou cinco estudantes estagiaram em UBS diferentes, essa variedade dos cenários foi identificada como um fator que influenciou no aprendizado deles sobre o trabalho multiprofissional.

Os GBP contribuíram para uma troca sobre essas experiências distintas nos ambientes de trabalho, já que seus participantes comparavam, identificavam razões, possibilidades, falhas, características da comunidade, da gestão e até mesmo do modo de se integrar a cada realidade. Deve-se apostar em cada cenário sem expectativa de que sejam iguais, considerando suas singularidades, assim como cada pessoa dá um sentido específico ao que vê, escuta, sente e faz. Como em um movimento dialético, influenciamos o nosso local de trabalho e somos influenciados e moldados por ele<sup>35</sup>.

Os estudantes aprendem a partir de todo o contexto que os envolvem: o clima do ambiente de trabalho pode ser estimulante ou disfuncional, produzindo efeitos diversos na aprendizagem singular. O aprendizado também pode se dar tacitamente, por meio da observação do outro, por imitação ou pela identificação de um ‘modelo’, sendo que bons professores clínicos são mais reconhecidos por suas características pessoais ou relacionais,

envolvendo aspectos não cognitivos, como atitudes, comportamentos e transmissão de valores<sup>18,19,35</sup>.

A possibilidade de pertencimento e de se envolver de forma ativa com o paciente é uma consequência do acolhimento das equipes aos estudantes. Encontramos menções sobre quase nenhuma experiência de trabalhar com outras categorias profissionais antes do internato de saúde coletiva e que, apesar de cuidar dos mesmos pacientes, se sentiam distantes desses profissionais. Fica o questionamento: como envolver de forma significativa os estudantes na equipe? Considerar que a aprendizagem se dá em 'comunidades de práticas'<sup>35</sup> é essencial para compreender o papel da equipe nesse processo, bem como o papel exercido pelo próprio internato de saúde coletiva e pelos GBP.

### **O papel dos Grupos Balint-Paideia no processo formativo do estudante de medicina para a atuação no SUS**

Um dos objetos dos GBP é o desvelar-se do próprio inconsciente atuante por meio das relações transferenciais, nas quais condutas e interlocutores apontam para pistas sobre valores e desejos. Compreender a aplicabilidade dos GBP nesse processo formativo do estudante de medicina constitui-se o terceiro núcleo argumentativo. Em roda, estimula-se que os participantes desses grupos

[...] apurem sua sensibilidade para estar em contato com o outro e seu sofrimento [...] e propiciar que desenvolvam a capacidade de se analisarem permanentemente nessas relações<sup>9(197)</sup>.

A sensibilidade é a primeira condição para a concretização da interdisciplinaridade, que está fundamentada na compreensão do 'humano'<sup>4</sup>. Equipes de saúde da família que trabalham considerando a intersubjetividade no cotidiano de suas ações têm resultados mais positivos, com exercício diário da interdisciplinaridade no trabalho multiprofissional,

já que conseguem ampliar escuta e diálogo, essenciais para um bom acolhimento; construir maior vínculo entre trabalhadores e usuários; e, também, desenvolver sentimento de compromisso dos trabalhadores, estimulando práticas mais integradas<sup>36</sup>.

Os internos reconheceram a importância da subjetividade no processo de trabalho e, ao mesmo tempo, sentiam-se desconfortáveis em expor seus afetos na discussão dos casos durante os GBP, o que parece reforçar a necessidade aventada por Barros<sup>21</sup> sobre processos formativos pautados na (re)significação subjetiva.

*A discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares, nos Grupos Balint Paideia, abriu espaço para lidar com a nossa própria subjetividade. [...] Nos GBP pudemos expor nossos próprios sentimentos, principalmente a frustração, e como reconhecer e/ou lidar com isso. Alguns de nós nos sentimos incomodados ao sermos questionados a expor nossos sentimentos nos GBP. Estamos mais acostumados a ser práticos, fazer as coisas, a 'colocar a mão na massa', e nos incomoda um pouco ter que refletir sobre nós mesmos ou teorizar sobre os casos. (Gff).*

Os internos identificaram que 'colocar a mão na massa' significa parte da praticidade da identidade médica; os GBP os fizeram notar que são pessoas sensíveis, e isso tende a permitir a humanização do cuidado. A atenção no que sentiam e faziam gerava incômodo. O incômodo, por sua vez, potencializava a reflexão e a valorização do compromisso profissional com os atendidos.

### **A aprendizagem dos conceitos práticos básicos da APS a partir da vivência com profissionais de outras áreas**

A aprendizagem de dispositivos da APS, como PTS, clínica ampliada e apoio matricial, ficou evidente com o decorrer do estágio, e sua análise representa o último núcleo argumentativo.

Os GBP estimulam que os seus participantes construam o PTS na prática, com trabalhadores do serviço. Para tanto, precisam aprender a lidar com a equipe, considerando os conhecimentos e práticas das diferentes disciplinas ou das diversas categorias profissionais<sup>9</sup>. Para a maioria dos estudantes, foi a primeira experiência de fazer PTS no curso de medicina. Além disso, consideraram o PTS importante para ampliação da clínica e do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, sendo encarado como uma ferramenta que pode ser utilizada no trabalho deles enquanto médicos, independentemente da especialidade ou local de atuação destes.

A formação de sujeitos capazes de analisar e intervir na realidade permanece um desafio na formação de profissionais de saúde<sup>9</sup>, porém, os GF indicam que os entraves inerentes à utilização de dispositivos mais potentes para que a práxis interdisciplinar ocorra, tal com o PTS, agregam dificultadores da ordem também da organização do trabalho das equipes. Além disso, ao relatar que tiveram dificuldade de envolver a equipe na construção dos PTS, os estudantes questionam sua própria capacidade, enquanto futuros profissionais, de utilizá-los na prática clínica.

*Um dos entraves de fazer PTS no Internato de Saúde Coletiva foi a falta de articulação com a equipe multiprofissional e a falta de reunião de equipe nas UBS. Muitas vezes nós internos ficávamos sobrecarregados para acompanhar o paciente, tínhamos que ficar motivando ou correndo atrás da equipe, porque senão ninguém se envolvia com o caso. Dessa forma, não conseguimos nos ver fazendo vários PTS na nossa vida profissional, pois ficaria muito pesado. (Gff).*

A vivência do trabalho multiprofissional nas unidades de saúde, com todos os seus desafios, aliada à reflexão da prática dos estudantes nos GBP, a partir dos casos apresentados, foram importantes para aumentar a compreensão do valor da clínica ampliada e do apoio matricial.

Exercer a clínica ampliada implica aprender que ela só é possível a partir de uma integração disciplinar no trabalho em equipe<sup>5</sup>, compreendendo que todos os profissionais de saúde ‘fazem clínica’, e incluindo aspectos biopsicossociais nas intervenções terapêuticas<sup>11</sup>. Esses aspectos foram reconhecidos pelos estudantes.

Os alunos também relataram que a forma mais comum de compartilhamento do cuidado até o 11º período do curso foi por meio de referência e contrarreferência, um sistema tradicional pautado na impessoalidade, na burocracia e na baixa capacidade de reconhecimento do itinerário terapêutico do usuário<sup>34</sup>. Essa experiência foi diferente da vivenciada pelos estudantes no hospital, já que, na UBS, puderam vivenciar, mesmo que de forma incipiente, uma lógica pautada no apoio, com utilização de diversas ferramentas, como atendimento conjunto, discussão de casos em equipe, visita domiciliar, PTS, atividades de formação para a própria equipe, entre outras.

## Considerações finais

Ao analisar o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar na formação de estudantes da graduação de medicina por meio de GBP, notou-se que este permanece como aspecto desafiador e que seus avanços parecem se concentrar na APS, em detrimento de outros pontos da rede, na medida em que os alunos tendem a opor a formação em saúde coletiva à do ambiente hospitalar. Ademais, o enfoque em um campo de práticas real, concreto e dinâmico emerge como atributo essencial para novas aprendizagens, da ordem da complexidade, já que os aproxima das vidas envolvidas e do funcionamento institucional: são experiências verdadeiras e não controladas, embebidas de subjetividade e fonte de muitas inquietações motivadoras para o aprendizado.

Outrossim, se o contexto da APS parece figurar como ambiente propício para uma formação voltada ao trabalho interdisciplinar, o emprego dos GBP, ao levar em consideração

a intersubjetividade inseparável das condutas humanas, parece constituir um dispositivo interessante para realizar essa formação. Isso porque, com ele, os estudantes são estimulados a identificar: a complexidade do processo saúde-doença-sociedade; a importância do trabalho na atenção básica; as lacunas do saber médico que podem ser minimizados no entrelaçar cooperativo com outros saberes e práticas; a divisão social do trabalho e sua reprodução subjetiva que centraliza alguns conhecimentos em detrimento e desvalorização de outros e, sobretudo, a gama de possibilidades de aprendizagens significativas pautadas na vivência nas UBS.

Por seu turno, a formação baseada no trabalho, assim como nos GBP, requer criticidade e criatividade dos estudantes e docentes, precisando buscar a fundo a teoria e associá-la à realidade, inventando modos de aplicá-la de forma compartilhada. Nesse ponto, o emprego de elaboração de PTS como parte inerente ao GBP mostrou-se um recurso importante.

Essa possibilidade crítica oferecida pelo estágio e pelos espaços de discussão e reflexão, promovida com o auxílio dos GBP, facultou aos estudantes a identificação e a reflexão sobre potências/limitações da teoria e sobre as dificuldades da equipe, as emergências que geram o novo e requerem construções interdisciplinares.

Assim, o envolvimento ou não por parte de profissionais, as dificuldades inerentes à organização da rede de atenção do município, as disputas profissionais, a assimetria médico-paciente, as angústias e as onipotências entraram em cena nas discussões do PTS no GBP.

Nesse ensejo, a formação oportunizou a reflexão, também, sobre a interdisciplinaridade na APS, que, se por um lado, constitui seu diferencial, por outro, permanece como tarefa desafiadora e pouco privilegiada pela estrutura dos serviços. A percepção dos alunos é de que a resolutividade na APS se associa, bastante, ao fato de se tratar de um trabalho em equipe, feito por meio de acolhimento, discussão de caso, articulação de cuidados de

forma colaborativa, fortalecimento de rede familiar e institucional.

Ao associar os GBP com o contexto da APS, cria-se, ao que parece, um terreno fértil para que os estudantes possam se debruçar sobre as relações que se estabelecem no ambiente de trabalho, considerando suas transversalidades e identificando pontos de convergências e de divergências entre saberes, demandas, práticas e modos de subjetivação. Contudo, foram identificados entraves à formação e à interdisciplinaridade na APS, tais como as relações de poder e as inconsistências na efetivação do SUS e de seu projeto de uma atenção integral.

Por fim, o estudo permitiu compreender que a estratégia pedagógica, combinando prática na APS, vivência interprofissional, e a utilização de GBP, com elaboração de PTS, tende a propiciar que se transcenda a clínica estritamente biomédica e as relações assimétricas, permitindo temperar necessidades, conquistas e potencialidades. No caso aqui apresentado, tratou-se de um olhar que abalou as divisões disciplinares e de evocar a construção de uma práxis interdisciplinar.

Os achados da pesquisa levantam reflexões de como a experiência interfere no manejo do estresse e da emoção do trabalho em equipe e na relação com os pacientes, bem como na saúde e valorização do trabalhador. Além disso, surge o questionamento sobre quais aprendizados da vivência interdisciplinar serão duradouros e realmente incorporados na prática desses médicos após a graduação. Seria relevante investigar, além disso, quais aspectos os impactam em longo prazo, a ponto de mudar suas práticas. Abrem-se, portanto, perspectivas relevantes para investigações futuras acerca do tema.

## Colaboradores

Rodrigues ET (0000-0003-1265-8275)\* e Campos-Rizzi (0000-0002-7590-4966)\* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, bem como contribuíram em conjunto

com Oliveira-Viana MM (0000-0003-3049-4518)\* e Campos GWS (0000-0001-5195-0215)\* para análise e interpretação dos dados, auxílio na elaboração de versões preliminares

do artigo, revisão crítica do texto de importante conteúdo intelectual e revisão da versão final para publicação. ■

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014.
2. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(12):2234-49.
3. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 out 25]; 18(supl1):e0024678. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
4. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003 [acesso em 2021 out 22]; 11(4):523-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>.
5. Peduzzi M, Agreli HLF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Com. Saúde Educ*. 2018 [acesso em 2021 out 25]; 22(supl2):1525-1534. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
6. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago ed; 1976.
7. Schimith MD, Cezar-Vaz MR, Xavier DM, et al. Comunicação em saúde e colaboração interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas. *Rev. Latino-Americana Enf*. 2021 [acesso em 2021 out 17]; (29):e3390. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/r/rlae/article/view/188099/173752>.
8. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira I, Lima JCF. *Brasil Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 419-426.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. *Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Campos GWS. *Um Método de Análise e Co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. 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*. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Oliveira Viana MM, Campos GWS. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 out 25]; 34(8):e00123617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>.
13. Balint M. O médico, o seu doente e a doença. Lisboa: Climepsi; 1998.
14. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 34-60.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*, 70. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2019.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
17. Onocko-Campos R. Sejamos heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: Onocko-Campos R. *Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 148-172.
18. Raelin JA. A model of Work-based learning. *Organization Science*. 1997; 8(6):563-578.
19. Billett S. Workplace learning: its potential and limitations. *Education and Training*. 1994; 37(4):20-27.
20. Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Academic Medicine*. 1993; 6(7):550-563.
21. Barros RB. Grupo: estratégia na formação. Laboratório de sensibilidades. 2014. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2014/11/20/grupo-estrategia-na-formacao/>.
22. Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 [acesso em 2021 out 15]; 35(3):304-308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>.
23. Custódio JB, Peixoto MGBP, Arruda CAM, et al. Desafios Associados à Formação do Médico em Saúde Coletiva no Curso de Medicina de uma Universidade Pública do Ceará. *Rev Bras Educ Med*. 2019 [acesso em 2022 jul 3]; 42(2):114-121. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nwjD8jVHk8VWGmqZ94HsBJy/?format=pdf&lang=pt>.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 [acesso em 2022 jun 25]; 376(9756):1923-1958. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext).
25. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jun 30]; 42(esp1):189-207. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/189-207/pt>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*. 13 Nov 2019.
28. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 jun 28]; 36(9):e00040220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>.

29. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2022 jun 28]; 25(4):1475-1482. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>.
30. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá.* 1996; 120(6):472-482.
31. Onocko-Campos R, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008 [acesso em 2021 jul 5]; 42(6):1090-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>.
32. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, et al. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
33. Freller CC. Pensando com Winnicott sobre alguns aspectos relevantes ao processo de ensino e aprendizagem. *Psicologia USP.* 1999 [acesso em 2021 out 26]; 10(2):189-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000200012>.
34. Oliveira Viana MM, Terra LSV. Formación Paideia en atención primaria: análisis de la democracia institucional y las relaciones de poder en las prácticas laborales em salud. *Salud Colectiva.* 2021 [acesso em 2021 set 20]; (17):e3298. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3298>.
35. Morris C, Blaney D. Work-based learning. In: Swanwick T. *Understanding Medical Education.* 2. ed. 2013. p. 97-109. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118472361.ch7>.
36. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 out 21]; 23(3):861-870. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt&format=pdf>.

---

Recebido em 31/10/2021  
Aprovado em 08/08/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas

*PET-Saúde/Interprofessionality and the development of curricular changes and collaborative practices*

Rachel Brinco<sup>1</sup>, Tania França<sup>2</sup>, Carinne Magnago<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E606

**RESUMO** Este estudo objetivou analisar as mudanças na formação induzidas pelo Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), edição Interprofissionalidade, e identificar se os pressupostos da Educação Interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas foram aplicados no desenvolvimento dos projetos. Trata-se de estudo de caso qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. Entrevistas abertas foram realizadas com 32 atores do programa, cujos conteúdos foram analisados à luz do referencial teórico-metodológico da EIP. Três categorias foram produzidas: O PET-Saúde/Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas; A interprofissionalidade como fundamento de estruturação de currículos e práticas pedagógicas; Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade. A edição Interprofissionalidade deflagrou experiências assertivas mediante aplicação dos pressupostos da EIP e práticas colaborativas, resultando em indução de reformas curriculares e criação de disciplinas interprofissionais; porém, ainda não representa uma política incorporada pelas instituições de ensino. Atenção especial deve ser dada aos processos avaliativos, ainda muito incipientes, e à sustentabilidade dos avanços alcançados, que requer apoio político e institucional. Conclui-se que o PET-Saúde tem contribuído progressivamente para as transformações no ensino e para a disseminação dos conceitos e pressupostos que orientam a EIP.

**PALAVRAS-CHAVE** Universidades. Serviços de integração docente-assistencial. Educação interprofissional. Práticas interdisciplinares.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the changes in training induced by the Education through Work for Health Program (PET-Saúde), Interprofessionality edition, and to identify whether the assumptions of Interprofessional Education (IPE) and collaborative practices are being applied in the development of projects. This is a qualitative, descriptive, and exploratory case study, developed in the state of Rio de Janeiro. Open interviews were carried out with 32 actors working in the program, whose contents were analyzed in the light of the theoretical-methodological framework of IPE. Three categories were produced: PET-Saúde/Interprofessionality as a constructive dynamics of collaborative practices; Interprofessionality as a foundation for structuring curricula and pedagogical practices; The evaluation mechanisms of PET-Saúde/Interprofessionality. The Interprofessionality edition triggered assertive experiences from the application of the assumptions of IPE and collaborative practices, such as induction of curricular reforms and the creation of interprofessional disciplines; however, it still does not represent a policy incorporated by teaching institutions. Special attention must be given to the evaluation processes, which are very incipient, and to the sustainability of the advances achieved, which require political and institutional support. PET-Saúde has progressively contributed to changes in teaching and to the dissemination of concepts and assumptions that guide IPE.*

**KEYWORDS** *Universities. Teaching care integration services. Interprofessional education. Interdisciplinary placement.*

<sup>1</sup>Centro Universitário de Valença (Unifaa) - Valença (RJ), Brasil.  
kelbrinco@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

As mudanças do perfil epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e de novos riscos ambientais, infecciosos e comportamentais, reforçam a complexidade do setor saúde e formalizam a necessidade de redesenhar os modelos tecnoassistenciais e os processos de formação, em direção à integralidade do cuidado e à colaboração e desempenho profissional<sup>1,2</sup>.

A proposta globalmente fomentada no sentido de mobilizar essas mudanças é a Educação Interprofissional (EIP), estratégia político-pedagógica que promete preparar a força de trabalho para ofertar cuidados mais efetivos e responder às necessidades de saúde<sup>2,3</sup>. Conceitualmente, a EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre o outro, com o outro e entre si para aprimorar a colaboração profissional e, conseqüentemente, melhorar os resultados de saúde<sup>2,4</sup>. Pressupõe-se que, mediante as inter-relações profissionais, os estudantes aprenderão a trabalhar de maneira planejada, integrada, comunicativa e intencional, buscando equacionar os problemas de saúde que se apresentam no cotidiano dos serviços. Assim, oportunidades de aprendizado compartilhado no contexto real da produção do cuidado são imprescindíveis.

O Sistema Único de Saúde (SUS), sob a égide de um modelo tecnoassistencial baseado no fortalecimento da atenção primária e na atuação compartilhada das equipes, vem, historicamente, tentando estabelecer um processo de formação coerente com suas diretrizes. A EIP assume singular importância nesse contexto, não apenas porque se admite a premissa de que o SUS é interprofissional, mas também porque propostas de formação e de exercício para a prática interprofissional já estão postas na realidade brasileira<sup>5,6</sup>.

Embora ainda sejam recentes as experiências nacionais sistematizadas de EIP, há um consistente repertório de estratégias em curso e outras previstas no nível da macropolítica

que podem induzir a implementação dessa abordagem no Brasil<sup>6</sup>. Um marco de destaque para a promoção da EIP foi a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que consolidou aspectos essenciais para o desenvolvimento de ações formativas para os trabalhadores da saúde sob a lógica da integração ensino-serviço-comunidade, e que assumiu os serviços do SUS como cenários privilegiados para o aprendizado<sup>7</sup>.

Sob os preceitos dessa política, nascem diferentes iniciativas focalizadas na reorientação dos processos formativos das graduações em saúde, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), constituído em 2008 a partir do acúmulo construído em experiências anteriores de integração ensino-serviço<sup>8</sup>. Como política pública, objetiva consolidar o papel constitucional do SUS de ordenador da formação e sensibilizar e preparar profissionais para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de necessidades de saúde da população<sup>9</sup>.

O PET-Saúde é detentor de componentes estratégicos diferenciados, como a inserção de estudantes na realidade dos serviços do SUS e processo ensino-aprendizagem viabilizado por grupos tutoriais interprofissionais. Opera por meio de projetos diretos de intervenção, com base em diagnóstico situacional do território, que se desdobram em ações de ensino, pesquisa e extensão e que envolvem estudantes, docentes, equipes de saúde e a comunidade usuária do SUS, com vistas a assegurar uma abordagem integral dos processos saúde-doença<sup>9</sup>.

Desde a sua institucionalização, o programa passou por uma incorporação sucessiva de diretrizes norteadoras para o desenvolvimento de projetos, assumindo como foco diferentes áreas prioritárias ao SUS, como a atenção primária e a vigilância em saúde. Muitos foram os avanços observados, especialmente no que se refere ao fomento da integração ensino-serviço, ao desenvolvimento de novas práticas pedagógicas e ao aprofundamento dos conhecimentos em saúde pública pelos

estudantes<sup>10,11</sup>. Contudo, não foi capaz de alterar o modelo fragmentado dos currículos<sup>12</sup>.

Considerado isso, em 2015, o programa foi redesenhado, tendo o seu foco direcionado para a mudança curricular sob os preceitos da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Nessa lógica, duas edições foram lançadas. A primeira, PET-Saúde/GraduaSUS, foi capaz de mobilizar movimentos de discussão entre as diferentes graduações, com vistas à incorporação dos elementos teórico-metodológicos da EIP como fundamentos de estruturação de currículos e de projetos pedagógicos institucionais; bem como induziu a criação de disciplinas integradas. Apesar de pontuais, essas iniciativas reafirmaram a potência do programa, subsidiando a elaboração de uma nova edição: PET-Saúde/Interprofissionalidade<sup>12-14</sup>.

Lançada em 2018, a edição Interprofissionalidade evidenciou a promoção da EIP e das práticas colaborativas a partir da constituição de grupos tutoriais conformados minimamente por três diferentes cursos de saúde. Dado o seu ineditismo e constituída como a primeira iniciativa macropolítica de indução da EIP, essa edição foi tomada como objeto de análise deste estudo, buscando responder às seguintes questões: quais as mudanças na formação induzidas pelo PET-Saúde/Interprofissionalidade? Esta edição

tem colaborado para o desenvolvimento de estratégias alinhadas aos pressupostos da EIP e práticas colaborativas?

Diante do exposto, a pesquisa objetivou identificar se os pressupostos da EIP e das práticas colaborativas foram aplicados no desenvolvimento dos projetos PET-Saúde/Interprofissionalidade e analisar as mudanças na formação induzidas por essa edição.

## Material e métodos

Trata-se de estudo de caso, exploratório e qualitativo, desenvolvido no estado do Rio de Janeiro. A população de interesse foi composta por integrantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade, cujos projetos fossem desenvolvidos por instituições de ensino também participantes da edição GraduaSUS. Atenderam a esse critério cinco projetos, cujos coordenadores foram convidados a integrar o estudo e a indicar outros membros dos grupos tutoriais, sendo, pelo menos, um preceptor, um tutor e dois acadêmicos de cursos distintos (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Obstetrícia, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social). Manifestaram interesse em participar da pesquisa e integraram a amostra 32 sujeitos (*tabelas 1 e 2*).

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos por Instituições de Ensino Superior. Rio de Janeiro, 2021

Sujeitos	IES* A (federal)	IES* B (federal)	IES* C (federal)	IES* D (estadual)	IES* E (privada)	Total
Coordenador de projeto	1	1	1	1	1	5
Preceptor	2	1	2	2	2	9
Tutor	1	2	2	1	1	7
Acadêmicos	2	2	3	2	2	11
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>32</b>

Fonte: elaboração própria.

\*IES: Instituição de Ensino Superior.

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos segundo formação profissional. Rio de Janeiro, 2021

Sujeitos	Coordenador de projeto	Preceptor	Tutor	Acadêmicos	Total
Administração	1	-	-	-	1
Enfermagem	1	3	3	2	9
Fisioterapia	-	2	-	-	2
Letras	1	-	-	-	1
Medicina	1	2	2	3	8
Nutrição	1	1	-	3	5
Psicologia	-	-	2	1	3
Serviço Social	-	1	-	2	3
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>32</b>

Fonte: elaboração própria.

Os dados foram coletados em 2020 mediante entrevista individual, realizada virtualmente em plataforma de webconferência em razão das medidas de distanciamento social impostas pela Covid-19. As entrevistas foram orientadas por um roteiro não estruturado, duraram em média 60 minutos e foram gravadas com o consentimento de cada participante.

Utilizou-se a análise de conteúdo para tratamento dos dados, aplicando-se as etapas de pré-análise, exploração, e inferência e interpretação<sup>15</sup>. A pré-análise consistiu na

transcrição das entrevistas, dando origem ao *corpus* analítico, seguida pela leitura flutuante do material. Na exploração, foram destacados os recortes de ordem semântica do *corpus* que demonstrassem correspondência com os elementos teórico-metodológicos previstos nas diretrizes orientadoras para construção e avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP<sup>16</sup>. Esses recortes foram agrupados por similaridade em três categorias (*quadro 1*), cujos achados foram interpretados e confrontados com a literatura sobre o tema.

Quadro 1. Categorias elaboradas a partir do corpus da pesquisa e os respectivos elementos teórico-metodológicos da Educação Interprofissional (EIP) verificados. Rio de Janeiro, 2021

Categorias	Elementos da EIP verificados <sup>(1)</sup>
PET-Saúde Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas	Duas ou mais profissões apreendendo juntas; Desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa; Aprendizado sobre o papel de cada profissão; A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção.
A interprofissionalidade como fundamento de estruturação de currículos e práticas pedagógicas	A aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos/unidades; Conjugação de métodos pedagógicos comuns e compartilhados; Utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos interativos e de contextualização; Recursos pedagógicos que promovam o aprendizado compartilhado entre diferentes profissões; Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas.

Quadro 1. (cont.)

Categorias	Elementos da EIP verificados <sup>(1)</sup>
Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade	Processos avaliativos contínuos dos aprendizes, que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais; Avaliação periódica do programa que permita o replanejamento dos métodos pedagógicos; Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências que aprimorem os contextos educacionais.

Fonte: elaboração própria.

<sup>(1)</sup>Elementos previstos por Barr<sup>16</sup>.

O projeto do estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj (Parecer nº 3.899.608), Hospital Universitário Pedro Ernesto/Uerj (Parecer nº 3.977.438), Hospital Universitário Antônio Pedro/Universidade Federal Fluminense – UFF (Parecer nº 3.982.264), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº 3.993.894) e Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (Parecer nº 4.039.647). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado aos entrevistados por *e-mail* e devolvido assinado pela mesma via. Visando à preservação do anonimato, os sujeitos foram identificados por uma letra (C – coordenador, T – tutor, P – preceptor, A – acadêmico), seguida por um número arábico.

## Resultados e discussão

A partir dos relatos, foram identificados os elementos centrais que subsidiam a EIP e as práticas colaborativas no âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade, estando estes representados em três categorias.

### O PET-Saúde/Interprofissionalidade como dinâmica construtiva de práticas colaborativas

Evidenciou-se que os principais elementos teórico-metodológicos que fundamentam

os objetivos de iniciativas assentadas na EIP se enunciam nos processos pedagógicos desenvolvidos no âmbito do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Entre eles, a composição multiprofissional dos grupos de aprendizagem, caracterizada pela presença de, pelo menos, duas profissões de saúde distintas. Ressalta-se que essa composição, *per se*, não insinua a aplicação dos preceitos da interprofissionalidade; é preciso que os processos de ensino agenciem a adoção de novas posturas, relações e modos de perceber as outras profissões<sup>17</sup>.

*[...] O programa mostra, a partir da vivência, como é importante a complementariedade das profissões, como é importante um apoiar o outro [...]. Os atendimentos são interprofissionais, tem a pediatra, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social e é muito legal, porque a abordagem passa a ser integral. (A1).*

Mais ainda, é imprescindível assumir a intenção de promover o desenvolvimento de competências colaborativas, compreendidas como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe resolutivo e alinhado às necessidades de saúde<sup>18</sup>. Trabalhar em equipe na perspectiva da interprofissionalidade significa atuar com diferentes profissões/núcleos de saber, cujos arranjos transitem colaborativamente entre áreas específicas, promovendo a qualificação das práticas<sup>19</sup>.

A competência pode ser compreendida como a capacidade de mobilizar e colocar em ação um conjunto de conhecimentos,

habilidades e atitudes, buscando a resolução de problemas e o enfrentamento de situações de imprevisibilidade<sup>20</sup>. Possui três dimensões: saber, que envolve os conhecimentos formais que podem ser traduzidos em fatos; saber-fazer, pertencente à esfera dos procedimentos e técnicas; e saber-ser/agir, correspondente aos comportamentos e às relações sociais e afetivas<sup>21</sup>.

Aplicado ao trabalho em saúde, o conceito de competência implica integrar diferentes saberes que possibilitem o diagnóstico e a problematização da realidade, a proposição e a aplicação de estratégias de enfrentamento e a tomada de decisões complexas. Ser competente é ser agente de mudanças, o que requer parceria, diálogo e relações de poder entre diferentes atores imbricados na realidade que se espera mudar. Nessa direção, fica perceptível que EIP e educação permanente compartilham referenciais e objetivos comuns<sup>22</sup>, como insinua um dos entrevistados:

*Acho que essa é a verdadeira formação sustentada pela educação permanente. É quando a gente consegue ver um novo mundo possível a partir da presença dos outros. Quando eu tenho um encontro com um usuário, eu projeto uma coisa, outro profissional projeta outra coisa, e o fato de a gente estar junto cria a possibilidade de um novo mundo. (T5).*

Ambas as abordagens pedagógicas são apostas políticas comprometidas com modos democráticos de construir conhecimentos, articular educação e trabalho e transformar as práticas de saúde. Assim, exigem a mobilização de diferentes atores, a superação de disputas e conflitos e a construção de diálogos e ações mobilizadoras de mudanças<sup>22</sup>. Uma distinção importante entre as abordagens é que a EIP tem o propósito explícito de desenvolver um conjunto de competências consideradas essenciais para a práxis do trabalho interprofissional.

Diferentes organizações internacionais têm trabalhado no reconhecimento e na

construção de um conjunto de competências colaborativas, que podem ser adaptadas ante o contexto em que a EIP é implementada. As produções mais conhecidas são as matrizes de competência da Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)<sup>23</sup> e a da organização americana Interprofessional Education Collaborative<sup>24</sup>. Ambas consideram a colaboração como um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão que permite que o conhecimento e as habilidades individuais e compartilhadas dos diferentes profissionais de saúde influenciem sinergicamente o atendimento ao paciente.

Nessa perspectiva, consideram imprescindível a promoção de competências que permitam que os membros da equipe se comuniquem e resolvam seus conflitos eticamente, assegurando equidade na tomada de decisões; tenham clareza sobre os papéis, responsabilidades e limitações de cada categoria profissional envolvida no cuidado, que deve ser centrado no paciente/família/comunidade; e formulem, implementem e avaliem cuidados de maneira conjunta, visando à melhoria dos resultados em saúde<sup>23,24</sup>.

Sobre isso, os depoimentos deste estudo demonstram que a edição Interprofissionalidade tem engendrado movimentos de escuta, de reconhecimento dos diferentes papéis profissionais, e de discussão sobre quais competências têm potencial para agregar valor às práticas colaborativas no contexto brasileiro.

*Quando se entende o que é uma equipe de saúde, que ela tem que trabalhar em conjunto e que, para isso, são necessárias competências colaborativas, percebemos que há questões que precisam ser trabalhadas em conjunto para a tomada de decisão quanto a melhor terapêutica a ser aplicada para o paciente. (C2).*

*Quando conhecemos o que o outro faz, damos mais valor à profissão do outro. A gente vê que não consegue dar conta de tudo sozinho. Me soa estranho quando vou fazer estágio da grade curricular regular, [...] porque eu não tenho meu colega da*

*fisioterapia, da educação física para me apoiar. Eu sinto angústia, uma sensação de impotência. (A2).*

Os entrevistados reforçaram a importância de compreender primeiro o papel de cada profissão, ter clareza sobre elas para, então, ser possível o estabelecimento de objetivos comuns. Para eles, a EIP torna possível superar os ‘silos’ disciplinares, isto é, escapar dos nichos profissionais e comunicativos, nos quais cada profissão se apropria de uma linguagem específica.

A literatura também traz essa discussão e revela que, embora o desenvolvimento de uma identidade profissional seja parte fundamental da educação profissional, uma desvantagem desse processo, quando de caráter uniprofissional, é que membros de um grupo percebem os atributos de outros grupos menos desejáveis, fortalecendo o fenômeno do ‘tribalismo das profissões’. Essa construção de identidades rígidas pode levar a tensões e tem se configurado como uma barreira psicológica para a comunicação entre diferentes categorias<sup>25</sup>.

Sob outra perspectiva, a formação interprofissional colabora para que o profissional delimite mais claramente o seu campo de atuação, reconhecendo os seus limites e a potência das ações compartilhadas. Fala-se, aqui, de uma identidade interprofissional, que valoriza a criação de espaços de diálogo, aprendizagem e confiança e o estreitamento das relações interpessoais<sup>26</sup>.

*O aluno tem essa visão de que o cuidado é ampliado. Ele entende que essa é a proposta do PET-Saúde, e ele se envolve nas atividades propostas, aprende o que é a interprofissionalidade e desenvolve entendimento sobre o seu próprio papel na equipe de saúde, no cuidado do usuário. (T1).*

*Há uma maior valorização das outras profissões. A gente também observa que os alunos entendem melhor a sua própria profissão e competências; e eles conseguem ter a visão de que as suas competências se entrelaçam às competências das outras profissões, que são interligadas, que dependemos*

*uns dos outros para atender os usuários de maneira mais resolutiva. (P1).*

O PET-Saúde/Interprofissionalidade tem estimulado o desenvolvimento de ações de interação, comunicação e de trabalho coletivo entre diferentes graduações. O diálogo e a percepção de que se está em um ambiente de apoio permissivo à expressão de desacordos são condições *sine qua non* para o reconhecimento de objetivos comuns, valores, responsabilidades e compromissos norteadores do trabalho em equipe<sup>27</sup>.

Os desdobramentos dessa colaboração refletem na modificação das práticas, confluindo para o objetivo central da EIP: melhorar os resultados de saúde<sup>28</sup>. Alcançar esse objetivo implica mover-se pelo trabalho em equipe, ainda que esta seja conformada por diferentes atores dotados de concepções próprias construídas ao longo de sua vida e de sua trajetória acadêmico-profissional. Juntos, esses atores se vestem de uma postura resistente ou se despem, tornando-se comprometidos e dispostos a romper e a se desvincular de uma postura estritamente individual para, então, participarem ativamente do processo de aprendizagem colaborativo.

*Esse PET-Saúde tem um diferencial, porque ele prioriza uma questão que vai impactar diretamente na qualidade e na forma com que a assistência acontece. Muitas vezes a gente não conhece o trabalho do outro, a limitação de um e outro, e isso acaba prejudicando um conjunto de cuidados que você poderia exercer quando você conhece o trabalho do outro. Você pode somar esse conhecimento e isso vai refletir num cuidado muito mais holístico, e completo e vai trazer satisfação para esses usuários. (P9).*

A mudança de postura é o disparador para que a prática colaborativa aconteça e sustente uma atuação integrada e integral, em benefício de pacientes/famílias/comunidades, possibilitando o melhor uso dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de ações de cuidado mais

criativas e efetivas<sup>29</sup>. Assim, faz-se mister discutir e aplicar os pressupostos da EIP para a promoção de uma aprendizagem reflexiva e colaborativa.

### **A interprofissionalidade como fundamento para a estruturação de currículos e práticas pedagógicas**

A construção de contextos educacionais na perspectiva da EIP implica assumir a intenção de formar profissionais críticos, éticos e aptos para atuar colaborativamente e com responsabilidade social. Essa intencionalidade exige organizar currículos e conteúdos e usar metodologias pedagógicas que estimulem a promoção de saberes e capacidades cooperativas<sup>18</sup>.

Sobre esse ponto, os relatos revelam que há, em curso, um processo de indução para reformas curriculares nas diferentes graduações envolvidas no PET-Saúde, ainda que as mudanças curriculares sobre os preceitos da EIP não representam uma política incorporada pelas instituições de ensino representadas neste estudo.

*A educação física já conseguiu implantar uma disciplina de EIP; a enfermagem está usando os egressos do PET-Saúde: os alunos que entram são recebidos pelos alunos que já participaram para falar de EIP; o curso de nutrição também está com uma proposta de disciplina. Estamos aguardando oficialmente o curso de medicina. (C1).*

*Percebemos que é muito difícil tecer a discussão da interprofissionalidade nos Núcleos Docentes Estruturantes. Entendemos que essa discussão é necessária para que a EIP aconteça nos cursos de graduação. [...] A ideia é que estejamos, professores vinculados ao PET-Saúde e profissionais do serviço, dentro desses núcleos para discutirmos a importância da incorporação da interprofissionalidade na matriz curricular. (T2).*

Esses achados não diferem substancialmente daqueles já publicados sobre a edição

GraduaSUS, os quais sugerem que a construção de um projeto que contemple a EIP como fundamento estruturante dos projetos pedagógicos e currículos ainda se constitui um desafio para as instituições de ensino<sup>14</sup>. Apesar disso, já se percebem atitudes de mudança e movimentos de discussão e construção coletiva que caminham em direção ao fortalecimento da EIP como abordagem de escolha para a transformação das práticas pedagógicas.

Para Barr<sup>16</sup>, a aprendizagem interprofissional, além de estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos de ensino, pressupõe a conjugação de métodos comuns e compartilhados e de recursos pedagógicos interativos e de contextualização. Por se alicerçar na aprendizagem em serviço, o PET-Saúde é, *per si*, uma proposta educacional contextualizada na realidade.

*[...] a gente vai para os campos de práticas e a partir das demandas específicas que vão surgindo na secretaria de saúde, na comunidade, a gente vai construindo atividades interprofissionais com os alunos e preceptores. A gente trabalha muito a partir das experiências vividas desses profissionais com esses alunos. (C1).*

Nessa direção, os integrantes do programa aproveitam os diferentes dispositivos do cuidado em saúde, já utilizados no cotidiano dos serviços, como recursos pedagógicos de promoção do aprendizado compartilhado entre as diferentes profissões. São, portanto, além de interativos, recursos contextuais que partem das necessidades de saúde e a elas se aplicam. São exemplos: consultório interprofissional, visita domiciliar, projeto terapêutico singular, *rounds*, discussão de casos clínicos e projetos nas comunidades.

*A gente instituiu o consultório interprofissional. A médica, no momento da consulta, chamava o aluno de nutrição, o aluno de enfermagem, e a população viu isso de uma forma muito positiva, porque quando o usuário adentrava o consultório, ele já se deparava com todos esses olhares voltados para a demanda dele. (C1).*

*A gente montou um grupo de dor mecânica. Os alunos da medicina ficavam responsáveis pelo agulhamento a seco, mas todos os outros alunos já achavam os pontos gatilho. [...] Trabalhava todo mundo junto porque, por exemplo, o paciente tinha uma dor, mas também tinha sobrepeso, e aí cabia orientar para melhorar a questão do sobrepeso. Então, eu já entrava com a nutrição, o aluno de educação física falava sobre o alongamento e o da enfermagem falava sobre o autocuidado. (A2).*

Por ser contextual e disparar ações que visam responder às demandas de saúde do território, o PET-Saúde promove a aprendizagem baseada na inclusão e na centralidade do usuário, bem como na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas. Os relatos demonstram modos de aprender e de ensinar que tomam o usuário como centro das ações, e que se baseiam no estreitamento das relações com as comunidades na busca por mobilizações e inclusão dos movimentos sociais nas discussões e condução dos serviços.

*Essa experiência tem mostrado que é possível construir uma outra forma de ensinar os profissionais de saúde e quando eu falo em ensinar é uma via de mão dupla, a gente ensina e aprende ao mesmo tempo. Esse processo de ensino-aprendizagem a gente consegue fazer a partir da experiência, da experimentação das necessidades de saúde do usuário, fazer com que as equipes tomem como centro das suas atividades o usuário. Não é fácil, mas a gente tem conseguido provocar a rede de serviços nesse sentido. (C4).*

*Fizemos discussões sobre as visitas domiciliares que foram realizadas no âmbito do projeto, sobre gênero, raça. A gente pensou nos atravessamentos raciais com profundidade. E isso impacta quando a gente pensa na saúde da população negra; faz uma diferença enorme que os profissionais de saúde estejam sendo formados podendo discutir isso concretamente. [...] Saber sobre saúde é, antes de tudo, saber fazer. As perguntas precisam sempre ser respondidas localmente, territorialmente e nunca a partir de um efeito de colonização, de*

*entendimento prévio, mas de um entendimento que precisa ser construído 'com'. Então, eu entendo que os benefícios são muitos para a comunidade local e eles se multiplicam. (T3).*

O PET-Saúde, alicerçado na proposta da EIP, foi referido como revolucionário, desafiador, gerador de resultados, ousado, contemporâneo e o caminho possível para a formação; pois, a partir dele, é possível ver outra lógica, um percurso de ensino que faz mais sentido por ser mais integrado, ativo e promotor de novas posturas e novos modos de cuidar.

*Estar e ter sido recebido no serviço da forma com que o PET-Saúde me possibilitou fez com que eu transformasse a minha visão de como poderia ter sido a graduação para mim [...]. Não é nem uma questão de sentir que existe uma preparação maior, é uma questão de o percurso fazer mais sentido, do que eu vivi como estudante ter mais sentido, de uma forma mais integrada, de uma forma mais ativa. (A4).*

Reforçado como política indutora de mudanças, os entrevistados aludiram que o PET-Saúde ajuda a garantir o compromisso ético das instituições públicas com as políticas públicas; e que seu objetivo de ser disparador de transformações é atendido. Por isso, expressaram o desejo de que os currículos sejam, cada vez mais, repensados para além de quem participa do PET-Saúde, para que, quando este se encerrar, a proposta e as mudanças conquistadas sejam sustentáveis dentro do projeto curricular da instituição.

Já não faz mais sentido pensar a formação fora do mundo do trabalho, visto que é tão somente a partir dele que se constrói uma leitura crítico-reflexiva da realidade que transforma os atores em sujeitos ativos. É nessa ótica que a integração ensino-serviço-comunidade, instada pelo PET-Saúde, visa transformar o processo de trabalho em um movimento dinâmico, a práxis; isto é, em uma atividade social conscientemente intencional, orientada a um objetivo<sup>30</sup>. Ao incorporar uma intencionalidade, posta pela EIP como a qualificação das práticas e dos resultados de saúde, os

sujeitos podem interferir na transformação da realidade socio sanitária.

Essa potência do PET-Saúde já foi demonstrada por estudos prévios referentes a outras edições do programa<sup>11,13,14</sup>. Contudo, ainda reside a percepção de que a iniciativa não consegue atingir, de maneira mais significativa, um conjunto maior de sujeitos. Assim, um ponto comum observado nesses estudos refere-se à necessidade de sua ampliação, de modo a viabilizar a participação de um maior número de instituições, cursos de graduação, unidades de saúde, estudantes e trabalhadores do SUS. Essa expectativa reforça a imprescindibilidade da institucionalização desta proposta, que pode e deve ser fomentada pela comunidade universitária e pelos serviços de saúde.

### Os mecanismos de avaliação do PET-Saúde/Interprofissionalidade

A mudança do paradigma de formação também exige mudanças dos processos avaliativos, que devem ser considerados pilares para o reconhecimento e a efetividade da EIP. Avaliações adequadas contribuem para o crescimento pessoal e profissional dos atores envolvidos nas intervenções de ensino, e para o aprimoramento do processo pedagógico docente e institucional, assegurando que se estão preparando profissionais dotados dos atributos essenciais ao trabalho colaborativo. Para Barr<sup>16</sup>, os mecanismos de avaliação devem assegurar processos avaliativos contínuos dos aprendizes que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes, permitam o replanejamento dos métodos pedagógicos, e cujos resultados devem ser publicizados para auxiliar o planejamento de novas experiências de EIP.

Ademais, considerando que, no âmbito do PET-Saúde, a implementação da EIP vem sendo induzida a partir da introdução de estudantes e do desenvolvimento de ações nos cenários do SUS, os processos avaliativos também devem considerar o impacto nos resultados de saúde. A partir dessa ótica, a avaliação constitui-se um ato de aprendizagem capaz de garantir o

progresso formativo de todos os atores envolvidos no ensino, e um instrumento viabilizador de troca de experiências e de planejamento de ações que conduzam a melhores práticas de cuidado<sup>30</sup>.

Neste estudo, observou-se que os processos de avaliação da EIP empregados no contexto do PET-Saúde ou foram considerados incipientes ou não foram mencionados. Embora reconheçam que a edição Interprofissionalidade provocou mudanças no ensino e no serviço, os integrantes não dispõem de instrumentos de avaliação, indicadores e resultados sistematizados que demonstrem os impactos do programa.

*Vemos equipes fazendo deslocamentos no seu processo de trabalho a partir dos efeitos do PET-Saúde, vemos condutas sendo reorientadas, alunos respondendo de forma mais consciente. [...] A gente não mediu isso e é uma coisa que a gente precisava medir, o impacto. E aí eu estou falando de um indicador de resultado na população local [...]. (C4).*

*Não há um processo de avaliação [...]. A gente precisa avaliar se há alguma mudança nesses estudantes que estão entrando e saindo do PET-Saúde, na perspectiva do trabalho interprofissional [...]. Os processos de avaliação ainda são muito incipientes. Não sabemos se, de fato, a gente está conseguindo alcançar o objetivo. (T4).*

Alguns grupos tutoriais lançam mão de estratégias de avaliação intragrupos e de divulgação dos resultados alcançados com o PET-Saúde, em geral fomentados por docentes e estudantes que buscam relatar e publicar suas experiências por meio de artigos científicos. São movimentos isolados, não institucionais e não governamentais, mas representam um esforço de acompanhamento das ações desenvolvidas e dos benefícios percebidos no cotidiano do ensino.

*A gente tem tentado acompanhar, fazer um follow-up dos alunos que saíram do PET-Saúde. [...] Nós temos muitos relatos, artigos de alunos falando sobre a mudança deles de olhar e da importância de um outro tipo de trabalho em saúde. Temos um*

*professor que também publicou um artigo que vai nessa direção [...] (T2).*

Na edição GraduaSUS, percebeu-se um esforço por parte do Ministério da Saúde em empreender, pela primeira vez, um processo avaliativo sistematizado, de âmbito nacional, sobre essa iniciativa de reorientação do modelo de formação, cujos resultados subsidiaram a elaboração da edição Interprofissional<sup>31</sup>. Ainda assim, os resultados publicados sinalizaram para a ausência de mecanismos permanentes de avaliação que identificassem as fortalezas e as fragilidades do programa e, por conseguinte, subsidiassem os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento<sup>12,13</sup>.

Também foram previstos mecanismos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento dos projetos do PET-Saúde/Interprofissionalidade, que seriam monitorados por meio de relatórios e relatos de experiências emitidos pelas instituições executoras, visitas *in loco* realizada por assessores ministeriais e pesquisas de monitoramento e avaliação<sup>32</sup>. Esse aspecto foi mencionado por um entrevistado, segundo o qual a visita de assessores foi uma oportunidade de aprendizado conjunto, embora não suficiente para a produção de dados que colaborem para a sustentabilidade do programa e da abordagem da EIP.

Há diversos instrumentos padronizados disponíveis para determinar a satisfação do aprendiz, a mudança de atitudes e os modos como as competências estão sendo integradas à prática cotidiana do aluno. Contudo, o que se observa é que a literatura sobre o tema valoriza mais a dimensão atitudinal (ser) do que a conceitual (saber) e procedimental (saber fazer)<sup>33</sup>. Ademais, as evidências nacionais sobre experiências de educação e trabalho alicerçadas na EIP não dispõem de propostas estruturadas de coleta e análise de informações que mensurem e ajuízem os seus efeitos sobre as práticas e os resultados de saúde.

Para Carvalho et al.<sup>34</sup>, os procedimentos avaliativos ainda não fazem parte da cultura institucional, apresentam-se pouco

incorporados às práticas e possuem, quase sempre, um caráter prescritivo e burocrático. Quando empregados, podem resgatar o compromisso e a corresponsabilidade entre a academia e os serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional e para o processo de institucionalização da avaliação.

As políticas públicas e os programas, projetos e ações que as sustentam precisam garantir respostas eficientes e eficazes aos problemas de caráter público. Nesse sentido, todas as políticas implementadas devem ser monitoradas e avaliadas, de modo transparente e democrático<sup>35</sup>. Considerando que a EIP, por meio do PET-Saúde, constitui-se estratégia pública com o propósito de desencadear transformações das práticas de trabalho e formação profissional para produzir resultados significativos para a qualificação da assistência de saúde, os processos de avaliação também são aplicáveis e requeridos.

Monitoramento e avaliação podem ser vistos como parte do esforço mais amplo para melhorar a formulação de políticas públicas, colaborando para aperfeiçoar o planejamento e a gestão das intervenções em curso, uma vez que mensuram seus efeitos e apreciam a influência do ambiente e do contexto nos quais são implementadas<sup>35</sup>. Avaliar as iniciativas de introdução da EIP nas graduações em saúde, para descobrir o efeito dessa intervenção no ensino e no SUS, pode assegurar a essa abordagem um espaço de reconhecimento e subsidiar processos de tomada de decisão baseados em evidências que visem ao aperfeiçoamento das estratégias utilizadas para a sua implementação.

## Considerações finais

Em que pesem os diferentes avanços alcançados pelas versões anteriores do PET-Saúde, fundamentais para a estruturação de novos arranjos que visem à efetiva transformação do ensino-aprendizagem; é a partir dos resultados

da edição Interprofissionalidade que se identificam processos mais robustos de integração, provocativos de um movimento inclusivo dos ideários da EIP e das práticas colaborativas, não apenas no âmbito intramuros da universidade e serviços do SUS, mas também nos territórios onde se produz saúde.

Este estudo conseguiu demonstrar que, assumindo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como foco central a mudança curricular sob os preceitos da EIP, a edição PET-Saúde/Interprofissionalidade deflagrou experiências assertivas de ensino-aprendizagem nos cenários do SUS. Além de mobilizar reformas curriculares e a criação de disciplinas interprofissionais, o programa tem conseguido promover atitudes e competências colaborativas. Destaca-se, nesse sentido, uma postura de abertura para a alteridade, opondo-se ao aprisionamento de si em seus núcleos profissionais. Como reflexos, percebem-se alterações de comportamento perante o coletivo, reconhecimento de suas próprias funções e dos diferentes papéis profissionais, aumento da implicação no exercício da coprodução e corresponsabilidade pelo cuidado e seus resultados.

Ancorando-se na premissa da EIP de “aprender juntos para trabalhar juntos”<sup>2</sup>, os atores do PET-Saúde/Interprofissionalidade, nos cenários do SUS, valem-se de dispositivos de gestão e produção do cuidado para promover o aprendizado interativo, compartilhado e colaborativo entre estudantes e trabalhadores. Funcionam, portanto, como recursos pedagógicos inclusivos aos usuários e contextualizados às suas demandas de saúde. Nessa ótica, as ações estruturadas e desempenhadas coletivamente demonstram ser possível ensinar e aprender a partir da realidade cotidiana do SUS.

As conquistas alcançadas mediante as iniciativas interprofissionais demonstram disponibilidade dos atores do ensino e serviço para

romper com processos de ensino e trabalho baseadas na hierarquização dos núcleos de saber e das relações de poder e autoridade<sup>22</sup>. Contudo, a dinâmica do PET-Saúde e a abordagem da EIP ainda não se manifestam como políticas estruturantes dos cursos de graduação, cujos empecilhos para a sua institucionalização ainda persistem. Atenção especial deve ser dada aos processos avaliativos, ainda muito incipientes, que não oportunizam a sistematização das evidências sobre os impactos da iniciativa na formação, atuação profissional e nos resultados de saúde.

Outro desafio é a sustentabilidade dos avanços alcançados, o que requer investimento em recursos, métodos pedagógicos, estratégias para a qualificação de docentes e preceptores; assim como maior suporte político às instituições de ensino para que possam aprofundar e garantir a perenidade e a legitimidade da EIP nas políticas de reorientação da formação.

Mesmo que este estudo tenha analisado o PET-Saúde/Interprofissionalidade a partir de experiências circunscritas em uma unidade federativa, está comprovado que este tem contribuído progressivamente para as transformações no ensino e para a disseminação dos conceitos e pressupostos que orientam a EIP entre estudantes, docentes, profissionais e gestores.

## Colaboradoras

Brinco R (0000-0001-8563-3525)\* contribuiu para a concepção do artigo, coleta e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito, França T (0000-0002-8209-9811)\* e Magnago C (0000-0001-8799-3225)\* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 [acesso em 2021 jan 15]; 376(9756):1923-1958. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext).
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=F3A135CF72ADCA28D077D6C57F2D1256?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=F3A135CF72ADCA28D077D6C57F2D1256?sequence=1).
3. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface*. 2016 [acesso em 2021 mar 5]; 20(56):185-196. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?lang=en>.
4. Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. Reino Unido: Centre for the Advancement of Interprofessional Education; 2013.
5. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-278.
6. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface*. 2016 [acesso em 2021 mar 5]; 20(56):199-201. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYYZQVLHM/?lang=en>.
7. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2013 [acesso em 2020 abr 10]; 47(4):977-983. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?lang=en>.
8. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2012 [acesso em 2021 abr 7]; 36(supl1):3-4. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v36n01s01/v36n01s01a01.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. *Diário Oficial da União*. 27 Ago 2008.
10. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 nov 19]; 22(3):997-1004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/csQcsPcfqtrBqQtWfZRsNz/?lang=pt>.
11. Mira QLM, Barreto RMA, Vasconcelos MIO. Impacto do PET-Saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2021 dez 14]; 40(2):514-531. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1682/1889>.
12. França T, Magnago C, Santos MR, et al. PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 dez 14]; 42(esp2):286-301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTvgGzZNTxzm9BcVr6b9H4N/?lang=pt>.
13. Magnago C, França C, Belisário AS, et al. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 dez 14]; 43(esp1):24-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZnKPGMnksJcVQmJ79Wt38ny/?lang=pt#>.
14. Magnago C, França C, Belisário AS, et al. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: Castro J, Vilar RLA, Dias MA, organizadoras. *Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde*. Natal: Uma; 2020. p. 245-271.

15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*. 2003; (22):2-3.
17. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 dez 14]; 42(esp1):163-173. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhJFzVYJtKrZs7zNjq5k49R/?lang=pt>.
18. Freire JR, Magnago C, Costa MV, et al. Interprofessional education and the formative actions of the emergency provision axis of the More Doctors Program. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 dez 10]; 43(esp1):50-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XksJxG6Q9NkBD4n5SNzL7Wq/?lang=en>.
19. Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionalism: form and formation. *Interface*. 2018 [acesso em 2021 jan 5]; 22(supl2):1739-1749. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/?lang=en>.
20. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. Brasília, DF; 2001. p. 7-17. (v. 2).
21. Vieira A, Luz TR. Do saber aos saberes: comparando as noções de qualificação e de competência. *Organ. Soc.* 2005 [acesso em 2021 mar 25]; 12(33):93-108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/9Scn7Ld6qf6g94qdNYqjDjK/?lang=pt#>.
22. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2021 [acesso em 2021 dez 14]; 55:e03733. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=en>.
23. Canadian Interprofessional Health Collaborative. *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver: CIHC; 2010.
24. Interprofessional Education Collaborative. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: IPEC; 2016.
25. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med. J.* 2014 [acesso em 2021 dez 14]; 90(1061):149-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>.
26. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, et al. Constructing professional identity in Interprofessional Health Education as perceived by graduates. *Interface*. 2018 [acesso em 2021 dez 14]; 22(supl1):1399-1410. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wtqgWTz6VYZjqZW3Gp5yG4F/?lang=en>.
27. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J. Interprof. Care*. 2017 [acesso em 2021 fev 14]; 31(6):679-684. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1351425?journalCode=ijic20>.
28. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017 [acesso em 2021 dez 14]; 22(6):CD000072. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>.
29. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J. Public Health (Oxf)*. 2015 [acesso em 2021 dez 14]; 37(4):716-727. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>.
30. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educ. rev.* 2011 [acesso em 2021 dez 14]; (39):159-175. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/sgdWh5RzHC HhyrnxbmkXjSC/?lang=pt>.

31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-saúde/Interprofissionalidade. Diário Oficial da União. 24 Jul 2018.
33. Frasson F, Laburú CE, Zompero AF. Aprendizagem significativa conceitual, procedimental e atitudinal: uma releitura da Teoria Ausubeliana. *Cont. Educ.* 2019 [acesso em 2021 mar 6]; 34(108):303-318. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/8840>.
34. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2020 dez 4]; 17(4):901-911. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zbbKf7BZXVhZZQCF4ZrLPdm/?lang=pt>.
35. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. In: Cardoso Jr JC, Cunha AS, organizadores. *Planejamento e avaliação de políticas públicas*. Brasília, DF: Ipea; 2015. p. 233-96.

---

Recebido em 31/10/2021

Aprovado em 27/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Luz, câmera, cocriação: o cinema documentário como inspiração para descolonizar a produção de conhecimentos

*Lights, camera, co-creation: documentary cinema as an inspiration to decolonize knowledge production*

Marina Tarnowski Fasanello<sup>1</sup>, Marcelo Firpo Porto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E607

**RESUMO** O artigo discute o papel do cinema documentário como inspiração para o desenvolvimento de metodologias sensíveis co-labor-ativas em campos interdisciplinares como a saúde coletiva, envolvendo a aproximação entre cientistas, cineastas e movimentos sociais em torno de problemas de saúde e ambiente. O artigo ancora-se na noção de tornar comum usada por Paulo Freire, e na obra de Boaventura de Sousa Santos denominada de epistemologias do Sul e sua proposta para descolonizar o conhecimento, o que inclui a realização de ecologias de saberes. A partir de tais referenciais, o documentário é refletido para além de uma obra artística e autoral apoiado na ciência, mas enquanto emergência de novas epistemes e saberes conectados a lutas sociais e processos emancipatórios que podem inspirar a renovação teórico-metodológica na produção de conhecimentos. No artigo, selecionaram-se dois documentários que versam sobre as lutas contra a agricultura capitalista e os efeitos do uso intensivo de agrotóxicos, assim como a promoção da agroecologia e da reforma agrária como alternativas para sociedades mais justas, saudáveis e sustentáveis. Como resultado, a análise de tais documentários demonstra o potencial de reunir ciência, política, arte e ética enquanto práticas interdisciplinares e interculturais de co-labor-ação, coprodução e cocriação.

**PALAVRAS-CHAVE** Cinema. Epistemologia. Saúde coletiva. Agrotóxicos. Agroecologia.

**ABSTRACT** *The article discusses the role of documentary cinema as inspiration for the development of sensitive collaborative methodologies in interdisciplinary fields, such as collective health, involving the approximation between scientists, filmmakers, and social movements around health and environmental problems. The article is anchored on the notion of making common used by Paulo Freire and in the work of Boaventura de Sousa Santos, called Epistemologies of the South, and his proposal to decolonize knowledge, which includes the realization of ecology of knowledges. From such references, the documentary is reflected beyond an artistic and authorial work based on science, but as an emergence of new epistemes and knowledge connected to social struggles and emancipatory processes that can inspire theoretical-methodological renewal in the production of knowledges. In the article, we selected two documentaries that address the struggles against capitalist agriculture and the effects of the intensive use of pesticides, as well as the promotion of agroecology and agrarian reform as alternatives for fairer, healthier, and more sustainable societies. As a result, the analysis of those documentaries demonstrates the potential of bringing together science, politics, art, and ethics as interdisciplinary and intercultural practices of co-labor-action, co-production, and co-creation.*

**KEYWORDS** Cinema. Epistemology. Public health. Pesticides. Agroecology.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [mtfasanello@gmail.com](mailto:mtfasanello@gmail.com)

## Introdução

O artigo busca aproximar a interface entre três campos interdisciplinares de conhecimento, a saúde coletiva, a ecologia política e as epistemologias do Sul para enfrentar diferentes crises em andamento, como a civilizatória, social, democrática, sanitária e ecológica<sup>1</sup>.

O artigo está estruturado em três partes que se seguem. Na primeira, são apresentados os fundamentos conceituais para pensar o significado de descolonizar a ciência e sua relevância para a saúde coletiva, em particular, a partir das contribuições de Paulo Freire sobre o papel da arte e do tornar comum<sup>2</sup> para a transformação social, e de discussões realizadas por Boaventura de Sousa Santos e conceitos estratégicos das epistemologias do Sul, como pensamento abissal e as metodologias colaborativas não extrativistas. Em seguida, é introduzido o tema dos documentários selecionados e o contexto de lutas sociais em que eles surgem, formando uma combinação exemplar que reúne cientistas, cineastas, movimentos sociais e organizações ativistas envolvidas nas lutas sociais contra os efeitos perversos da agricultura capitalista (agronegócio) no Brasil e do consequente uso intensivo de agrotóxicos. No próximo tópico, são analisados elementos presentes nos dois documentários a partir do contexto da produção destes, cujas fontes foram entrevistas narrativas realizadas com cineastas, cientistas e lideranças de movimentos sociais, e que foram compiladas. É acrescentada, também, a análise narrativa das cenas<sup>3</sup> que mostram dinâmicas criativas que articulam conhecimentos científicos e a linguagem audiovisual do cinema documentário. Por fim, é feita uma discussão sobre como tanto a produção quanto a circulação dos filmes pode inspirar práticas inovadoras de copresença, cocriação e coprodução que caminham na direção da renovação das metodologias de produção de conhecimentos voltadas à transformação social por meio de articulações e diálogos interdisciplinares e interculturais<sup>3</sup>.

## Contribuições para pensar a descolonização da saúde coletiva: Freire e a arte, epistemologias do Sul e a transição pós-abissal

A saúde coletiva é considerada um campo de conhecimentos e práticas de natureza interdisciplinar fortemente influenciada pelas ciências sociais e o pensamento crítico para a compreensão e o enfrentamento das iniquidades em saúde; e que, academicamente, concretizou-se na teoria da determinação social da saúde que atravessa diferentes temáticas e áreas. A aliança com vários movimentos sociais e a preocupação com a renovação de um Estado Democrático apoiado em políticas públicas de bem-estar, que inclui necessariamente a saúde pública, fizeram do Sistema Único de Saúde (SUS) um grande campo de experiências e práticas. Diversas áreas buscam dialogar e dar centralidade a diferentes sujeitos e movimentos sociais na construção tanto de conhecimentos como de políticas públicas, e, dentre elas, podem-se destacar a educação popular em saúde, a saúde mental em torno das lutas antimanicomiais, a saúde dos(as) trabalhadores(as), saúde e ambiente, e a promoção da saúde.

Um desafio conceitual e metodológico dessas áreas ou subcampos da saúde coletiva diz respeito a como, simultaneamente, construir conhecimentos de qualidade e promover a participação dos sujeitos coletivos, como movimentos sociais e organizações comunitárias. Várias proposições metodológicas de base qualitativa vêm sendo usadas nas últimas décadas nesse sentido, tais como a pesquisa participante, a pesquisa ação e as pesquisas participativas de base comunitária.

Nos últimos anos, a emergência do ativismo de grupos e movimentos sociais em torno das lutas antirracistas, de gênero, bem como de indígenas, quilombolas, camponeses(as) e de periferias urbanas, tem reforçado o interesse nas abordagens pós-coloniais, entre elas, as

chamadas epistemologias do Sul, que sintetizam a obra do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos. Assim como as metodologias participativas mencionadas, a emergência das epistemologias do Sul se justificou, no plano intelectual, a partir de duas propostas que revolucionaram a pedagogia e as ciências sociais: a Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire e a investigação ação participativa de Orlando Fals-Borda. Elas influenciaram a proposição mais recente das metodologias colaborativas não extrativistas<sup>4</sup>, que também têm sido renomeadas de sensíveis e co-labor-ativas<sup>3</sup>. As diversas crises já citadas, não só no Brasil, tornam ainda mais urgente a necessidade de repensar as teorias e as métodos para a produção de conhecimentos e sua conexão com transformações sociais.

Uma contribuição importante para a construção deste artigo encontra-se na experiência de um centro de estudo, pesquisa e publicação de histórias da Tradição Oral que reuniu contadores de histórias e profissionais de educação, atuante desde os anos 1990 na Região Serrana do Rio de Janeiro<sup>3</sup>, a Escola Granada. A proposta nasceu articulada e inspirada no Movimento de Escolinhas de Arte, que teve como uma de suas referências teóricas iniciais a tese de Educação pela Arte de Herbert Read<sup>5</sup>. Um grupo de educadores, incluindo Paulo Freire, criaram a Escolinha de Arte do Recife em 1953, cujo modelo esteve presente em várias regiões e cidades do Brasil. As Escolinhas de Arte funcionaram como um sistema de ensino paralelo e complementar ao sistema oficial e na formação em arte-educação para professores e artistas. Com o tempo, Freire passou a disseminar essas metodologias entre grupos sociais vulnerabilizados, em uma tentativa de suprir as lacunas do sistema educacional brasileiro.

Além da teologia da Libertação e do Marxismo, Freire se inspirou também na perspectiva da Arte como Experiência do filósofo e pedagogo estadunidense John Dewey<sup>6</sup>, que enxergava na arte a capacidade de ampliação dos sentidos no processo de conhecer, perceber, sentir, tornar comum e transformar o

mundo. Essa premissa é uma das bases para a transição paradigmática na construção da educação popular, e explica a abertura existente para a incorporação de diferentes linguagens artísticas e populares que extravasam as fronteiras dos cânones científicos, inclusive nas ciências sociais. Para este artigo, é também evidente que a ideia da comunicação enquanto tornar comum possui nas linguagens sensíveis criativas um elemento dinamizador para a aproximação entre pessoas, coletividades e mesmo culturas para além do discurso racional e logocêntrico, e isso traz à obra de Paulo Freire um elemento adicional para compreender sua universalidade. O tornar comum, na concepção freiriana, inspirada em Dewey e assumida neste estudo, está conectado à ideia de humanização na construção de conhecimentos e narrativas que resistam aos processos marcantes das lógicas de opressão dentro do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado<sup>7</sup>.

Além do trabalho de Freire, consideram-se as epistemologias do Sul<sup>7</sup> como referencial estratégico para compreender o significado de renovar e descolonizar o conhecimento produzido pela modernidade capitalista. No contexto de intercâmbios acadêmicos, os autores deste artigo aprofundaram o pensamento sobre as epistemologias do Sul com uma permanência de 18 meses no programa de investigação dirigido por Boaventura de Sousa Santos na Universidade de Coimbra. Dessa forma, foram sendo amadurecidas reflexões que possibilitaram a articulação de referenciais epistemológicos, teóricos, metodológicos e pedagógicos que buscam avançar na direção de metodologias sensíveis co-labor-ativas<sup>3</sup>.

Em uma apresentação sintética, as epistemologias do Sul buscam resgatar a dignidade e a relevância dos saberes e das práticas dos grupos sociais em regiões historicamente dominadas pelo colonialismo, o qual ainda persiste como um dos eixos de dominação e opressão da modernidade, juntamente com o capitalismo e o patriarcado. Entende-se que o colonialismo (ou colonialidade) continua mesmo após o fim das colônias, as quais

posteriormente permanecem subordinadas ao capitalismo de forma periférica no atual sistema-mundo<sup>8</sup>, e se materializa em fenômenos como o racismo, a misoginia e os epistemicídios que desqualificam os povos do Sul global, seus saberes, práticas e visões de mundo, considerados primitivos e descartáveis.

A ênfase na continuidade do colonialismo é estratégica para entender a relevância de conceitos como justiça cognitiva e ecologia de saberes, e entender uma das máximas das epistemologias do Sul: não haverá justiça social global sem justiça cognitiva global. O que está em jogo, nessa concepção, é a superação das linhas – chamadas de abissais<sup>9</sup> – que separam a realidade metropolitana da modernidade, seus valores e formas de organização social – como o Estado, o Direito, a Ciência e suas instituições – que caracterizam o chamado Norte global, da realidade do Sul global. Este tende a ser ignorado, menosprezado e invisibilizado por diferentes e complexos processos de natureza ontológica, social, cultural e psicológica, manifestos em fenômenos como o racismo, a misoginia, as violências e as exclusões radicais que atingem indígenas, negros, mulheres e homossexuais, entre outros grupos, e cujas opressões se somam às produzidas pela exploração dos(as) trabalhadores(as) pelo capitalismo. Nas palavras de Santos<sup>9</sup>, a linha abissal

Impede a copresença do universo 'deste lado da linha' com o universo 'do outro lado da linha'. Do lado de lá, não estão os excluídos, mas os seres sub-humanos não candidatos à inclusão social. A negação dessa humanidade é essencial à constituição da modernidade, uma vez que é condição para que o lado de cá possa afirmar a sua universalidade. Assim, práticas que não se encaixam nas teorias não põem em causa essas teorias, e práticas desumanas não põem em causa os princípios da humanidade<sup>9(14)</sup>.

Uma tarefa dos processos emancipatórios atuais diz respeito a reinventar as utopias diante do esgotamento dos ideais utópicos liberal e socialista que forjaram as principais

conquistas da modernidade (Estado, Direito e Ciência). Ao centrarem-se na luta por emancipação social, sistematicamente consideraram primitivos, silenciaram e eliminaram (epistemicídios) os saberes e as experiências dos povos do Sul global que não seguiam os cânones da modernidade e, particularmente, da ciência moderna e seus métodos. Obviamente, isso não significa dizer que os avanços da ciência moderna devam ser negados, ou necessariamente serem considerados racistas. A ideia de descolonização passa por um processo contínuo de (des)(re)construção de pensamentos e práticas que apontem para sociedades pós-abissais que ressignifiquem, e não ignorem ou desprezem, conhecimentos, experiências e práticas sociais que dão sentido e sabedoria a inúmeros povos do Sul global<sup>7</sup>. Experiências irredutíveis da aventura humana do viver em busca da sabedoria diante da beleza e do mistério foram amuralhadas nos mundos paralelos e menores que ainda persistem da filosofia, das artes, das religiões e de diversas cosmologias. Em um momento de agravamento de várias crises, tornam-se ainda mais estratégicas novas formas de convívio e confrontação entre saberes científicos, tradicionais e populares.

O pensamento abissal busca explicar como a modernidade divide e convive com realidades de proteção e cidadania ao lado de outra marcada pela violência e pelo sofrimento das exclusões radicais, as quais sistematicamente são invisibilizadas por processos culturais, cognitivos e políticos como o racismo. A abissalidade também está presente na ciência na medida em que essa, com seus cânones, considera-se superior e universal. Tal perspectiva se torna clara quando a relação entre ciência e sociedade é pensada principalmente em termos de comunicação e educação científica, restringindo a disciplinas e a abordagens, como a antropologia e as etnociências, as relações com saberes ditos não científicos provenientes, por exemplo, de povos indígenas e de matriz africana.

Outra dimensão abissal é a ideia de que as políticas ditas democráticas e inclusivas implicam universalizar, ao conjunto das

comunidades e povos, os benefícios e os direitos da modernidade pela lógica metropolitana. Mesmo políticas redistributivas por governos de esquerda tendem a pensar o desenvolvimento restrito à melhoria do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, padrões de consumo, educação e saúde que podem ter outras lógicas por outros povos e suas cosmologias. Isso justifica por que boa parte das lutas sociais da atualidade – muitas vezes nomeadas equivocadamente como lutas identitárias – são lutas por justiça cognitiva.

Diversas lutas emancipatórias no Sul global expressam a busca por reconhecimento e legitimação de outras formas de conhecer e se relacionar com o mundo material e imaterial, incluindo as relações comunitárias e econômicas, a natureza, a espiritualidade e inúmeras práticas de (auto)cuidado, cujo sentido holístico de integração é marcante em povos como os indígenas, de matriz africana, camponeses(as) e muitas expressões de hibridismo que marcam diversos povos tradicionais. Essa reflexão justifica a ênfase na dimensão epistemológica (aliada à ontológica) como central para as lutas contemporâneas por emancipação social. Integrar tais lutas e processos emancipatórios na produção de conhecimentos ultrapassa a dimensão freiriana restrita ao campo da educação para alcançar, de forma transversal, diferentes áreas de conhecimento e disciplinas, desde que abertas a um processo dialógico de alteridade. O desafio epistemológico possui uma natureza interdisciplinar e intercultural que, na concepção deste estudo, passa pela construção de metodologias sensíveis, co-labor-ativas em torno do fazer junto (e não apenas para) que atualize a missão da ciência enquanto apoiadora de processos emancipatórios contemporâneos.

Santos<sup>10</sup> propõe uma transição civilizatória em direção a sociedades pós-abissais a partir de mudanças profundas na forma como os conhecimentos são produzidos, suas teorias e métodos. Isso implica um realinhamento que supere a indolência da razão moderna, uma indiferença que coloca barreiras entre o

pensar e o agir diante da dignidade humana. Nesse sentido, outra dialética da emancipação tem por desafio central enfrentar dualismos mal resolvidos pela modernidade e sua ciência, avançando em novas possibilidades de conexão perante estes diversos dualismos: ausência-presença, opressão-emancipação, indiferença-atenção, abandono-cuidado, sociedade-natureza, trabalho remunerado-(re)produção da vida. Tal superação implica, nessa perspectiva, uma reaproximação entre os mundos da ciência, da arte e da política. O cinema documentário é um dos caminhos possíveis na direção de ampliar a imaginação criativa para a transformação.

## **A produção de documentários como inspiração para descolonizar a geração de conhecimentos**

Para ilustrar a ideia central do artigo sobre caminhos de renovação teórico-metodológica na produção de conhecimentos a partir de diálogos interdisciplinares e interculturais que possibilitem a descolonização da academia, apresenta-se o encontro da ciência, a artes e as lutas sociais na produção e circulação do cinema documentário. Com esse intuito, selecionaram-se dois documentários produzidos com uma forte articulação entre cineastas, movimentos sociais e pesquisadores militantes envolvidos em lutas sobre saúde e ambiente nas quais a determinação socioambiental da saúde encontra-se muito presente. Nesse caso, tais lutas sociais denunciam, de um lado, o uso intensivo dos agrotóxicos pelo agronegócio e seus impactos na saúde e, de outro, anunciam como alternativas a construção de outro modelo agrícola baseado na agricultura familiar e na agroecologia. Trata-se, portanto, de lutas que também denunciam os três eixos de opressão da modernidade: o capitalismo, a partir de um modelo de agricultura

de exportação de *commodities* que serve aos interesses das empresas transnacionais, dos países mais ricos, enfim, das elites internacionais e nacionais (financeira, industrial e agrária); o colonialismo, expresso na forma ignorante e violenta como são desprezados os saberes, direitos e territórios de indígenas, quilombolas e camponeses(as); e o patriarcado, ao levar em consideração o papel das mulheres e do feminismo nas lutas pela agroecologia, a segurança e a soberania alimentar, além das práticas tradicionais e comunitárias de cuidado, o que inclui a alimentação.

Tais documentários podem ser analisados enquanto estratégias de comunicação, pluralidade de vozes e encontro de saberes, ou seja, enquanto dimensões simultaneamente comunicacionais e epistemológicas. Na busca de transformações sociais e espaços de diálogo com a sociedade, tais lutas sociais envolvem narrativas e saberes contra-hegemônicos, anti-hegemônicos ou alternativos produzidos para enfrentar os interesses do agronegócio, a agricultura industrial capitalista inserida na globalização econômica em curso e que, no contexto brasileiro, marcam o modelo neoextrativista<sup>11</sup>. O modelo do agronegócio é apoiado, além da grande mídia, por diversas instituições e políticas públicas do Estado, inclusive as científicas que defendem o ‘desenvolvimento’ e o ‘progresso’ sem questionarem as injustiças socioeconômicas, sanitárias e ambientais decorrentes do modelo do agronegócio baseado em monocultivos de grande extensão e no uso intensivo de agrotóxicos.

Acrescentam-se dois conceitos (anti-hegemônicos e alternativos) ao lado de saberes contra-hegemônicos com o objetivo de ampliar a compreensão comunicacional, pedagógica e epistemológica das lutas sociais para além de disputas por hegemonia na perspectiva gramsciana. No ponto de vista deste estudo, isso contribui para uma gramática mais precisa e flexível que amplie possibilidades de compreender e articular lutas sociais e resistências sem o peso de ter como objetivo mais geral a tomada de poder com a retirada de uma elite

política opressora e sua substituição por outra supostamente libertária. Muitas vezes, essa perspectiva de disputa por hegemonia acaba por acirrar cisões entre diferentes grupos sociais oprimidos em torno das estratégias e táticas revolucionárias e político-partidárias. Saberes e práticas anti-hegemônicos ou alternativos fazem parte de um grupo social subalternizado, mas não implicam propriamente a tomada de poder dentro de um sistema socio-político mais amplo. Buscam, sim, viabilizar condições de crescente auto-organização e autonomia que enfrentem formas de dominação e ampliem graus de liberdade e autodeterminação. Trata-se de uma questão muito relevante para a busca de convergências e colaborações entre diferentes sujeitos oprimidos que lutam por dignidade, pois pensar saberes e práticas como anti-hegemônicos ou alternativos (e não necessariamente contra-hegemônicos) pode evitar que outras formas de opressão e invisibilização sejam produzidas nas disputas de hegemonia entre diferentes movimentos e sujeitos sociais que lutam por dignidade.

Neste artigo, centrou-se a atenção na articulação entre três espaços sociais em que se encontram os sujeitos envolvidos na produção dos filmes: i) os movimentos sociais; ii) a produção científica a partir de cientistas militantes envolvidas nos impactos do agronegócio e dos agrotóxicos; e iii) o espaço da criação do filme a partir de cineastas e suas equipes de produção. A seguir, são explorados alguns elementos que marcam cada um desses espaços.

Os movimentos sociais, embora principalmente relacionados com o campo, não se restringem a ele na medida em que se articulam e são foco de movimentos e organizações que atuam nas cidades em torno de questões como segurança e soberania alimentar, consumo de alimentos saudáveis, agricultura urbana, cidades sustentáveis, saudáveis e democráticas, entre outras. Segundo Gohn<sup>12</sup>, diversos movimentos sociais surgidos nas últimas três a quatro décadas caracterizam-se por suas pluriagendas e novas modalidades de lideranças, bandeiras e sujeitos políticos. Inúmeras

questões são levantadas e atualizadas nas lutas sociais que foram eleitas, entre elas, as pela reforma agrária e a transição agroecológica a partir da agricultura camponesa e familiar. Tais lutas também incorporam questões identitárias, de raça e gênero, territórios, culturas e cosmovisões. Isso implica resgate, atualização e ressignificação dos sentidos de vida, trabalho, economia, desenvolvimento, saúde e natureza, entre outros; daí a dimensão da luta contra o colonialismo e por justiça cognitiva ser também tão relevante.

Em relação ao lugar da academia, diversos grupos de pesquisa da saúde coletiva, em particular das áreas de saúde e ambiente, saúde do trabalhador, promoção da saúde e nutrição e saúde, têm focado seus trabalhos, nos últimos 20 anos, na questão dos agrotóxicos, e muitos deles vêm assumindo uma perspectiva militante e articulada com movimentos sociais. Esses grupos reúnem pesquisadores de várias disciplinas (clínica, toxicologia, ciências sociais, nutrição, engenharia, entre outras) marcados por uma abordagem interdisciplinar, incorporando o que autores das epistemologias do Sul têm chamado de pluralidade interna da ciência para se referir aos cientistas que trabalham as interfaces entre diversos paradigmas, e que, caso dos autores deste estudo, estão abertos para o diálogo com movimentos sociais e suas lutas. Além das universidades, tais grupos incluem instituições de âmbito federal que vêm assumindo um papel de destaque nessa discussão, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Nacional de Câncer (Inca), este último em função da crescente preocupação com o consumo de alimentos contaminados por agrotóxicos como fator de risco para o câncer.

Por fim, o lugar do documentário, do cineasta e sua equipe de realização é, possivelmente, o menos conhecido no campo da saúde coletiva e exige uma rápida reflexão. Para Jean-Claude Carrière<sup>13</sup>, roteirista e escritor francês referenciado nos estudos da relação entre educação, filosofia e arte, o filme e sua equipe de produção retomam, com os recursos

tecnológicos atuais, uma função muito antiga, simultaneamente mágica e educativa: a de contar histórias articulada, porém diferenciada, de outras narrativas como a poesia, o romance e a filosofia.

Em uma perspectiva mais social e crítica, o cinema, em especial o filme documentário, tem sido um lugar privilegiado tanto para refletir sobre os efeitos perversos da atual sociedade capitalista, colonial e patriarcal como para circular ideias e práticas a um público mais amplo sobre as denúncias e alternativas para as transformações sociais, econômicas e políticas. No Brasil, o documentário como prática social transformadora é conhecido há várias décadas, principalmente a partir do surgimento do chamado Cinema Novo, em que diversos cineastas vão pensar o País e seus problemas, as desigualdades, a periferia, a favela, os miseráveis, a luta por reforma agrária, o sertão e a fome.

Aqui, busca-se compreender o audiovisual como estratégia de produção de conhecimentos e de visibilidade das lutas emancipatórias<sup>3</sup>. Nessa perspectiva, a sociologia das imagens de Silvia Rivera Cusicanqui<sup>14</sup> avança na proposta de uma antropologia visual atrelada às lutas sociais, pois possibilita uma variedade de vozes e expressões que se multiplicam aos olhares que nela se produzem. Não se tem apenas a escrita do autor, mas a emergência do olhar sobre outros olhares em construção coletiva. Para a autora e sua proposta, o audiovisual se apresenta como um princípio democrático pela imagem, no qual os outros não emergem como elementos de captura, mas como sujeitos coletivos de ação que expressam suas diversas formas de ser e conhecer por meio de seus gestos, falas, e de seus olhares. Nesse sentido, o audiovisual se harmoniza com a ecologia de saberes e o diálogo intercultural ao trabalhar com a emergência de múltiplas linguagens, sentidos e expressões provenientes do território e da cultura popular. Um audiovisual que não pertence a um sujeito e que permite o escape da captura e do aprisionamento de uma narrativa de fidelidade aos ditos fatos que a escrita colonial tanto busca prezar para

validar seu discurso. Por isso a semelhança entre a narrativa audiovisual do colonizador com a prática científica que também se aparta e menospreza saberes e experiências provenientes dos movimentos e comunidades. Essa proposta de expressão da imagem em movimento é imersa na força da vida diária, possibilitada pelo audiovisual, e por seus significados, falas, cores, poesia e conhecimentos que aproximam a presença do outro como sujeito e ator, fazendo do seu dia a dia um elemento capaz de promover outras possibilidades sensíveis e perceptíveis de comunicação de saberes e afetos.

No caso dos documentários que são objeto empírico deste artigo, a questão central reside na aposta que eles podem expressar múltiplas vozes e saberes, sendo espaços de articulação, co-labor-ação e cocriação, promovendo tanto a construção e a ampliação de diálogos interculturais em torno das bandeiras que os movimentam quanto o encontro de diálogos interdisciplinares envolvendo distintos saberes e práticas colaborativas<sup>3</sup>. Nessa lógica, expressam possibilidades de aproximação entre saberes científicos e aqueles produzidos pelos sujeitos sociais, incluindo conhecimentos e processos éticos, artesanais e artísticos que mesclam razão e afeto, base do *corazonar*<sup>15</sup>. Sendo assim, os documentários promovem, articulam e criam possibilidades de comunicação mais dialógicas e polifônicas, bem como podem inspirar novas formas de produção mais compartilhadas e criativas de saberes voltados à transformação social.

## **Apresentação dos documentários analisados: vozes e saberes em cena**

A seguir, é apresentada uma breve análise de dois documentários que ilustram a proposta do artigo. Eles foram selecionados a partir de critérios como sua articulação com as lutas de movimentos sociais contra os agrotóxicos e

pela agroecologia; são considerados relevantes pelo conjunto de redes, fóruns, articulações e grupos de pesquisadores engajados que atuam com o tema; possuem em sua produção a participação de representantes dos três espaços já mencionados (movimentos sociais, academia e cinema engajado).

Três perguntas orientaram a análise dos documentários selecionados:

1. Noções como a linha abissal e a construção de uma ecologia de saberes se traduzem na produção dos documentários, por meio da incorporação, explicitação e articulação de uma pluralidade de saberes em diálogo para além dos saberes científicos, ademais de apontarem para exclusões radicais?
2. De que maneira os documentários expressam uma pluralidade de vozes que compõem os movimentos e as lutas contra os agrotóxicos e pela agroecologia, promovendo um diálogo intercultural?
3. Como a produção dos documentários sugere pistas para a construção de uma ecologia de saberes, na medida em que aumentem a visibilidade dos sujeitos excluídos com seus saberes e experiências (sociologia das ausências<sup>16</sup>), ou ainda indiquem novas alternativas de transição a sociedades pós-abissais (sociologia das emergências<sup>16</sup>)?

Neste estudo, realizaram-se entrevistas narrativas com representantes destes três espaços, cineastas, cientistas e lideranças de movimentos sociais, envolvidos na produção dos documentários, permitindo envolvê-los enquanto, eles próprios, contadores de história. Como o objetivo foi construir intersubjetividades que possibilitassem a emergência de relatos significativos<sup>3</sup>, a pesquisa foi pensada na perspectiva de uma cocriação com esses sujeitos, que deixam de ser simples fontes de informação para adotarem um papel ativo na produção de conhecimentos, ou seja, um co-laborar de natureza ética, política e epistemológica,

para que possam se fortalecer em suas lutas emancipatórias por reconhecimento e dignidade. As entrevistas constam do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca da Fiocruz, e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas narrativas se apresentam como recurso artesanal, não estruturado, que busca a profundidade de conteúdo, a partir dos quais emergem histórias de vida, experiências subjetivas, ou seja, relatos significativos que podem ser transmitidos. Nessa concepção é que se desenvolveu uma metodologia sensível e co-labor-ativa, que se aproxima da noção de *corazonar*, na medida em que propõe que a interação com os sujeitos da pesquisa permita um espaço para o exercício de recursos perceptivos e intuitivos.

O primeiro documentário é ‘O Veneno está na Mesa’, dirigido por Silvio Tandler, lançado em 2011, com 48 minutos, e que resulta da criação da Campanha Permanente Contra os Agrotóxicos e Pela Vida. O filme foi produzido em forte articulação com a Campanha, os movimentos sociais e os pesquisadores militantes que dela participavam. A dinâmica do filme buscou seguir os cinco objetivos estratégicos iniciais da Campanha: i) construir um processo de conscientização sobre as ameaças dos agrotóxicos e transgênicos; ii) articular ambientalistas, camponeses(as), trabalhadores(as) urbanos, estudantes e consumidores na defesa do meio ambiente e do alimento saudável; iii) denunciar e responsabilizar as empresas que produzem e comercializam agrotóxicos; iv) criar formas de restringir o uso de venenos e de impedir sua expansão, incluindo novas bases legais e políticas governamentais; v) mudança do atual modelo agrícola em direção a uma agricultura camponesa e agroecológica.

Foram realizadas entrevistas com o cineasta diretor do filme, com o coordenador nacional à época da Campanha e militante do movimento social Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), e um pesquisador militante da Fiocruz que apoiou sua realização. A análise narrativa

do filme dividiu-o em 17 cenas, com uma intensa variedade de vozes, imagens e informações que apresentam, frequentemente em tom de denúncia, os diversos elementos que compõem os objetivos e os focos da denúncia. Há uma profusão de falas, vozes e saberes apresentados em sequência que dão um movimento rápido e intenso ao documentário, com o uso frequente de noticiários da mídia hegemônica para reforçar a denúncia sobre os impactos dos agrotóxicos, mas também para apresentar o discurso concorrente e hegemônico do agronegócio. A denúncia predomina na maior parte do filme, mas os minutos finais lançam uma luz de esperança a partir de experiências em andamento da produção agroecológica e alimentos saudáveis.

O segundo documentário, ‘Chapada do Apodi, morte e vida’, foi dirigido por Tiago Carvalho, possui 27 minutos e foi lançado em 2013. O filme faz parte do projeto Curta Agroecologia lançado pela Articulação Nacional de Agroecologia (ANA) na Cúpula dos Povos na Rio+20 em 2012, que tem como objetivo retratar experiências em Agroecologia no Brasil. A escolha da história do agrotóxico na Chapada do Apodi foi feita por duas razões: de um lado, a região era uma referência na produção agroecológica e na convivência com o semiárido; de outro, fazia parte de um território cobiçado pelo agronegócio e com histórico de conflitos, e foi avaliado ser importante documentar o que estava acontecendo para que um conjunto mais amplo da sociedade pudesse refletir sobre os diferentes modelos de desenvolvimento no campo do Brasil. Foram entrevistados para a pesquisa o diretor, o secretário executivo da ANA à época, a pesquisadora e coordenadora do núcleo Tramas da UFC, e uma liderança camponesa e sindical da região. A análise narrativa do filme dividiu-o em 21 cenas, muitas delas com belas imagens e momentos em que a sonoplastia mescla músicas, som de caminhadas ou chuvas. O documentário não possui um locutor, uma voz em *off* que narra e conduz ao fundo a sequência de imagens. As narrativas dos entrevistados,

ocupando uma parte relativamente menor, mesclam-se com cenas do cotidiano, como as pessoas indo para o trabalho, aplicando agrotóxicos, ou ainda a dramática caminhada coletiva na homenagem da comunidade de São Tomé à liderança comunitária Zé Maria três anos após seu brutal assassinato a mando, segundo investigações judiciais posteriores, de um empresário do agronegócio da região. Essas cenas vão narrando a história, como o bordar de um tapete com cores vibrantes de uma memória viva de experiências dos sujeitos envolvidos nessa luta.

## **Diálogos inacabados: luz, câmera e cocriação para inspirar a produção de conhecimentos**

O conjunto dos filmes busca tornar claro que muitas vozes são desconsideradas quando se trata da questão do agronegócio, dos agrotóxicos e das alternativas da agricultura camponesa e agroecológica. Pela lente da sociologia das ausências, os documentários em si buscam demonstrar como a mídia hegemônica e diversos espaços públicos desconsideram tais discursos e vozes. Os filmes levantam questões como a saúde dos(as) trabalhadores(as) e populações excluídas, o desrespeito à natureza e à biodiversidade que, em grande medida, resultam de um processo ativo de invisibilização de realidades consideradas desqualificadas, ininteligíveis e descartáveis pela lógica do capitalismo neoliberal globalizado. As vozes alternativas que surgem nos documentários se articulam com o objetivo de transformar essas ausências em presenças na busca recuperar a autonomia de vozes silenciadas como camponeses(as) e agricultores(as) familiares.

Os dois documentários tornaram-se uma ferramenta de luta para todas as comunidades envolvidas tanto diretamente na produção como posteriormente na circulação dos vídeos feito por meio de diferentes estratégias, como

debates em escolas, universidades, sindicatos rurais, e até no nível local comunitário e de pequenos municípios, quando se organizavam projeções na tela grande em plena praça pública. As entrevistas realizadas com cineastas, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores militantes mostram a ação ativa de todos na produção dos filmes, porém com papéis e pesos diferenciados. Em ‘O Veneno está na mesa’, a participação desses três integrantes foi ativa em todo o processo de produção, desde a construção do argumento e roteiro, passando pela seleção das experiências e locais a serem registrados, a edição final e, posteriormente, a circulação do documentário, com um processo qualificado de debates em diversos lugares e contextos por todo o Brasil. Já no ‘Chapada do Apodi, morte e vida’, as vozes do cineasta e do movimento social aparecem em torno das propostas da ANA, com a participação da secretaria executiva desta em todo o processo de produção. A voz da ciência militante aparece fortemente como fonte de pesquisa para a argumentação e o roteiro; e por sua relevância na região, ela contribui de forma fundamental na aproximação do cineasta com as comunidades e entidades locais, além de aparecer ao longo do filme.

A existência de diferentes saberes e os distintos encontros entre eles estão presente nos dois documentários analisados. Isso decorre não apenas pela influência dos trabalhos de Boaventura de Sousa Santos nos pesquisadores, mas pelo compromisso de pesquisadores e cineastas com as lutas sociais.

No documentário ‘Chapada do Apodi, morte e vida’, os(as) trabalhadores(as) rurais apresentados em algumas partes possuem saberes circunscritos à sua inserção dependente do trabalho que possuem na fruticultura do agronegócio e da falta de outras opções. Isso demarca um dos desafios mais complexos abordados pelo filme sobre como avançar nas lutas sociais a partir da articulação de duas situações que tendem a se opor. De um lado, o reconhecimento e a ampliação das alternativas de enfrentamento do agronegócio pela

reforma agrária e a agroecologia; de outro, a dependência econômica local e de inúmeras famílias do agronegócio, mesmo em circunstâncias em que há o reconhecimento e vivência dos sofrimentos provocados pelos agrotóxicos e outras formas de exploração do trabalho. A solução está na capacidade de reinventar a luta diante das adversidades extremas, o que fica claro no destaque dado à manifestação que relembra os três anos do assassinato do líder comunitário Zé Maria, e, também, na voz da liderança camponesa local, que não admite perder as conquistas realizadas com a luta pela terra e a agroecologia. Um conhecimento impregnado nos corpos, nas experiências que são enfrentadas na celebração pela dignidade da luta e da vida de Zé Maria.

O filme 'O Veneno está na Mesa' também expressa uma ecologia de saberes pela forte articulação construída pela Campanha contra Agrotóxicos entre movimentos sociais e cientistas militantes, particularmente da saúde coletiva. Combinam-se vozes e saberes de agricultores(as), técnicos e cientistas, muitas em *off*, que se articulam de forma a se complementarem uma com as outras. Segue, assim, os ensinamentos de Paulo Freire, que diz não haver saberes maiores ou menores, saberes que são mais que os outros, há, sim, saberes diferentes. A argumentação científica é seguida, ao longo de todo o filme, das vozes e saberes de agricultores(as) que viveram e vivem os efeitos perversos dos impactos dos agrotóxicos em seus corpos. Outra característica marcante é a sistemática conexão entre as origens e as causas estruturais dos problemas de saúde apresentados, que associam o uso dos agrotóxicos às guerras e indústrias multinacionais que, mais tarde, iriam sustentar o modelo de agricultura industrial dependente do agrotóxico. As falas iniciais e finais do filme pelo escritor Eduardo Galeano abordam a contradição central a ser superada na América Latina com relação ao modelo de desenvolvimento, adotado mesmo em governos ditos progressistas de esquerda.

Esses filmes potencializam o realinhamento entre criatividade, autonomia e transformação

social tanto na compreensão e produção social de novos sentidos como na articulação e produção de conhecimentos. Isso ocorre por meio de concepções que ressignificam temas como trabalho, saúde e natureza. Essa capacidade de aliar a produção de novos conhecimentos e práticas, inseparáveis nas abordagens pós-coloniais das relações de poder e saber, busca romper com a alienação existente no próprio mundo acadêmico, cuja pretensão de isenção e objetividade funciona como armadilha que distancia ciência e ética.

Nos filmes, são marcantes os sentimentos ora de indignação, ora de vibração e da paixão por parte não só dos agricultores e agricultoras envolvidos com as resistências, as denúncias e o anúncio da agroecologia, mas também dos próprios pesquisadores militantes. Dessa maneira, os documentários engajados analisados possibilitam, pela co-labor-ação, coprodução e cocriação, criar estratégias comunicacionais e epistemológicas que ajudam a reaproximar ciência, arte, transformação social e sabedoria.

A importância desse tema fica ressaltada ao se levar em conta que a aproximação de processos de trabalho criativos e engajados da ciência e do documentário pode servir de fonte de inspiração para a construção de metodologias sensíveis e co-labor-ativas em que a produção de conhecimentos promova formas mais fluidas e híbridas de integração de linguagens e práticas criativas normalmente apartadas usadas pela ciência, arte e pela ação política voltada à transformação social. Ou seja, essa circulação fluida de fronteiras possibilita a renovação teórico-metodológica e a emergência de práticas científicas não apenas mais socialmente engajadas, mas também sensíveis justamente por conectar capacidade de compreensão e experiência, ou ainda razão e afeto. Essa é uma ideia central no trabalho de Paulo Freire e sua ideia de comunicação enquanto tornar comum, e que mais recentemente autores latino-americanos vinculados a cosmologias andinas têm denominado de *corazonar* a academia. Tal perspectiva complementa e

avança na ideia de descolonizar a academia proposta por escolas pós-coloniais de pensamento crítico como as epistemologias do Sul.

Para concluir, ressoam-se os argumentos de Walter Benjamin<sup>17</sup> ao refletir sobre a perda contemporânea dos conhecimentos tecidos nas experiências, a sabedoria, e expressos por diferentes narrativas não logocêntricas ou abstratas, que são por excelência a principal linguagem do conhecimento científico e, por isso, distanciam-se da vida e das lutas sociais. Em consonância com Benjamin, Ailton Krenak<sup>18</sup> afirma que esta era é especialista em criar ausências no sentido do viver em sociedade e do próprio sentido da experiência da vida. Para confrontar essas ausências, Krenak propõe manter a capacidade de narrar histórias que unam as pessoas, pois as narrativas são fruto da experiência da circulação pelo mundo; e poder contar, uns aos outros, essas histórias permite continuar a viver. O cinema, como outras artes, pode assumir um forte caráter artesanal em seu processo de realização e criação na capacidade de gerar narrativas alternativas. No caso dos documentários engajados analisados, surgem práticas colaborativas e solidárias que

contribuem para produzir sínteses, enfrentar limites e construir alternativas a partir do que é aflorado pelo diálogo entre movimentos sociais e cientistas. Um belo exemplo de *corazonar* a ser seguido pela saúde coletiva na produção de conhecimentos.

## Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (PPGSP, EnsP/Fiocruz) pelo apoio.

## Colaboradores

Fasanello MT (0000-0003-4759-5075)\* contribuiu para o desenvolvimento conceitual e metodológico, análise e discussão dos resultados, e produção textual do manuscrito. Porto MF (0000-0002-9007-0584)\* contribuiu para a discussão dos resultados, elaboração da introdução e conclusão do manuscrito, assim como sua revisão final. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Porto MF. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(12):4449-4458.
2. Freire P. *Extensão ou comunicação?* 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
3. Fasanello MF. *O documentário nas lutas emancipatórias dos movimentos sociais do campo: produção social de sentidos e epistemologias do Sul contra os agrotóxicos e pela agroecologia.* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018. 320 p. [acesso em 2021 mar 25]. Disponível em: [https://neepes.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/tese\\_final\\_marina\\_fasanello.pdf#overlay-context=users/acavalcanti](https://neepes.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/tese_final_marina_fasanello.pdf#overlay-context=users/acavalcanti).
4. Santos BS. *O Fim do Império Cognitivo.* Coimbra: Almedina; 2018.
5. Read H. *A Educação pela Arte.* São Paulo: Martins Fontes; 2001.
6. Dewey J. *A arte como experiência.* São Paulo: Martins Fontes; 2012.
7. Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul.* São Paulo: Cortez Editora; 2014.
8. Wallerstein I. *The capitalist world-economy.* Cambridge: Cambridge University; 1979.
9. Santos BS, Araujo S, Baumgarten M. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. *Sociologias, Porto Alegre.* 2016; 18(43):14-23.
10. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.* São Paulo: Cortez; 2000.
11. Gudynas E, Acosta A. La renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa. *Utopía y Praxis Lat.* 2011; 16(53):71-83.
12. Gohn MG. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. *Caderno CRH, Salvador.* 2008; 21(54):439-455.
13. Carrière JC. *O Círculo dos Mentirosos.* São Paulo: Códex; 2004.
14. Cusicanqui SR. *Sociología de la Imagen: ensayos.* Buenos Aires: Tinta Limón; 2015.
15. Guerrero-Arias P. Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes. Desde las sabidurías insurgentes, para construir sentidos otros de la existencia. *Calle 14: Rev. Invest. En El Campo Del Arte.* 2010; 4(5):80-95.
16. Santos BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 2002; 62:237-280.
17. Benjamin W. O contador de histórias: Reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin W. *Walter Benjamin: Linguagem, tradução e literatura. Obras Escolhidas de Walter Benjamin 5.* Porto: Assírio & Alvim; 2015 (edição e tradução de João Barrento). p. 147-178.
18. Krenak A. *Ideias para adiar o fim do mundo.* São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

---

Recebido em 01/11/2021

Aprovado em 09/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Bolsa de Doutorado Nota 10

# O cuidado em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika

## *Health care for children with Congenital Zika Syndrome*

Fernanda Monteiro Dias<sup>1</sup>, Sônia Maria Dantas Berger<sup>2</sup>, Giovanni Marcos Lovisi<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E608

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo analisar o cuidado ofertado às crianças com a Síndrome Congênita do Zika, a partir das experiências dos profissionais participantes de um projeto de pesquisa clínica de um hospital público e universitário no estado do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo de caso exploratório, qualitativo, por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais de saúde. Os dados foram conduzidos por análise de conteúdo, modalidade temática. Sob a perspectiva do cuidado como uma das dimensões da integralidade em saúde, percebeu-se que os profissionais, em sua maioria mulheres e médicas, são sensíveis às questões das famílias, consideradas também como unidade de cuidado, e reconhecem a diferença no atendimento que prestam ante o modelo biomédico ainda hegemônico na área da saúde. No entanto, apontam seus limites perante uma rede fragmentada e ineficiente. Tais limites parecem inviabilizar uma assistência que acolha as dimensões afetivas e sociais dessas famílias, em especial, das mulheres, legitimadas na centralidade do cuidado de seus filhos. Foi constatada a importância de pensar em uma formação em saúde interdisciplinar, crítica e reflexiva que possibilite um olhar ampliado às vulnerabilidades e necessidades dessas famílias, incluindo uma perspectiva de gênero interseccional que compreenda o complexo processo de determinação social em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Zika vírus. Cuidado. Integralidade em saúde. Profissionais de saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the care offered to children with Congenital Zika Syndrome, from the perspective of professionals at a public and university hospital in the state of Rio de Janeiro. An exploratory, qualitative case study was carried out through participant observation and semi-structured interviews with eleven health professionals. Data were conducted by content analysis, thematic modality. From the perspective of care as one of the dimensions of comprehensiveness in health, we realize that professionals, mostly women and physicians, are sensitive to family issues, also considered as a care unit, and recognize the difference in the care they provide against the biomedical model still hegemonic in the health area. However, they point out its limits at a fragmented and seriously deficient network. Such limits seem to jeopardize care that embraces the affective and social dimensions of these families, especially women, legitimized as the center of caring for their children. The importance of thinking about an interdisciplinary, critical and reflective health education that allows for a broader look at the vulnerabilities and needs of these families, including an intersectional gender perspective that understands the complex process of social determination in health, is noted.*

**KEYWORDS** *Zika virus. Care. Integrality in health. Healthcare workers.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [nandamdias@gmail.com](mailto:nandamdias@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Niterói (RJ), Brasil.



## Introdução

A epidemia do Zika Vírus (ZIKV), com início em 2016 no Brasil, é reconhecida como uma questão de saúde pública, tendo em vista sua associação com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ), uma série de más-formações e alterações apresentadas por bebês que tiveram mães infectadas pelo ZIKV durante a gestação, sendo a microcefalia um dos sinais mais conhecidos. As áreas geográficas de maior incidência, a região Nordeste, considerada epicentro da epidemia no Brasil, e as características da população mais afetada, mulheres negras e pobres<sup>1</sup>, são resultados de desigualdades estruturais presentes na sociedade brasileira, produtoras de contextos de vulnerabilidade<sup>2,3</sup>, em que especialmente as mulheres estão submetidas.

É bem explorada na literatura a experiência dessas mulheres-mães diante do cuidado com seus filhos. Suas maternidades são descritas por seu empenho como cuidadoras e suporte quase inexistente. Essas mulheres tiveram suas vidas transformadas, tanto pela falta de informações seguras em relação à prevenção da infecção e à sua saúde reprodutiva quanto pelo medo e pela comunicação do diagnóstico da SCZ, o que afeta também suas vivências enquanto mães e como mulheres, gerando impacto em suas relações afetivas, familiares e sociais. A maioria não exerce atividades remuneradas ou precisa sair de seus trabalhos para cuidar de seus filhos e frequentar as terapias que as crianças precisam, refletindo em dificuldades sociais e financeiras, além de outras vulnerabilidades presentes nas suas histórias de vida, como o abandono de seus companheiros e violência obstétrica<sup>4</sup>.

A realidade dessas famílias que convivem com a SCZ, após mais de cinco anos do início da epidemia no Brasil, aponta para a escassez de serviços especializados e de estimulação precoce, equipes pouco qualificadas, encaminhamentos equivocados, diagnósticos imprecisos e longos itinerários que promovem uma desgastante peregrinação por serviços de

saúde, prejudicando a qualidade do cuidado e da atenção à saúde das crianças, e gerando sobrecarga física e mental, principalmente nas mulheres cuidadoras<sup>5-8</sup>. Ainda hoje, os fatores que levaram ao crescimento dos casos do ZIKV no País persistem, com problemas de saneamento básico, de acesso desigual a políticas de saúde sexual e reprodutiva e a informações de qualidade às mulheres e suas famílias<sup>9,10</sup>.

Diante desse cenário, questiona-se de que forma é abordado o olhar sob tais vulnerabilidades na formação profissional e na educação permanente dos profissionais de saúde, que participam do cuidado dessas famílias, a partir do que Chauí<sup>11(11)</sup> observa: “A educação é inseparável da formação e é por isso que ela só pode ser permanente”. Essa premissa exige reconstruir novos referenciais para a formação dos profissionais ancorados na prática do trabalho em equipe, baseado na interdisciplinaridade de forma a superar a concepção tradicional e fragmentada do trabalho em saúde, em um movimento que tende para a reorientação entre as dimensões curativa e preventiva, individual e coletiva, centrado na pessoa que recebe o cuidado<sup>12,13</sup>.

Entende-se que, para avançar nessa discussão, é necessário pensar sob a ótica da integralidade em saúde, como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na orientação de políticas públicas quanto na organização da rede de serviços e na construção de práticas, que respondam às demandas e às necessidades da população<sup>14</sup>, apresentando-se também como um processo contínuo de luta e de busca por transformações da sociedade<sup>15</sup>.

Nesse sentido, propõe-se pensar o cuidado como uma “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”<sup>16(89)</sup>, o que implica uma nova forma de relação dos profissionais e serviços de saúde em contraste à reprodução de modos de cuidado

medicalizantes e produtores de sofrimento<sup>17</sup>. Com isso, o presente estudo tem por objetivo analisar o cuidado ofertado às crianças com a SCZ, a partir da experiência de profissionais de saúde participantes de um projeto de pesquisa clínica em um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro (RJ), que coloca em cena a produção de conhecimento em saúde e busca por um cuidado integral, assim como os desafios que esse caminho impõe.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de caso exploratório qualitativo realizado a partir das experiências dos profissionais de saúde no ambulatório de Infectologia Pediátrica de um hospital público e universitário no estado do RJ, participantes de um estudo de seguimento clínico de crianças expostas ao ZIKV durante o período gestacional, apelidado por seus integrantes como 'Projeto Zika'. O projeto, realizado no ambulatório às terças-feiras, tinha como foco o acompanhamento clínico e laboratorial de dessas crianças, com microcefalia ou não, e avaliação de manifestações clínicas, danos cerebrais ou de outros órgãos e sistemas, que não são evidenciados ao nascimento. As consultas eram realizadas seguindo a periodicidade recomendada pelo protocolo do Ministério da Saúde<sup>18</sup> e avaliação da própria equipe, de acordo com as necessidades de cada criança. O acompanhamento era realizado por uma equipe que inclui: pediatras, infectologistas, neurologistas, ortopedista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social e biólogo. Os encaminhamentos e os exames complementares eram feitos a outras clínicas do hospital, como otorrinolaringologia, radiologia e cardiologia.

Foram utilizados como estratégias de coleta de dados: 1) observações nas salas de espera, nas consultas e nas reuniões de equipe, utilizando o diário de campo para registro; e 2) entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro elaborado pela própria pesquisadora a partir dos seus objetivos e marcos teóricos,

gravadas e com duração média de 30 minutos, realizadas no próprio local em horário previamente combinado com os profissionais do projeto. O trabalho de campo foi realizado no período entre março e julho de 2019.

Participaram deste estudo 11 profissionais de saúde, na faixa etária entre 31 e 50 anos, e em sua maioria composta por médicos (N=8 – 72,7%), mulheres (N=9 – 81,8%) e autodeclarados brancos (N=9 – 81,8%). Todos os entrevistados possuem pós-graduação ou especialização, com tempo de formação entre 6 e 26 anos, e entre 5 meses e 5 anos no ambulatório. Os profissionais possuíam ou realizavam, no momento da entrevista, mestrado (N=5), doutorado (N=5) ou estágio probatório para entrada na pós-graduação (N=1). Entre eles, três também são professores da universidade à qual o hospital está vinculado, sendo que dois com dedicação exclusiva. Cinco profissionais trabalhavam em outros serviços de saúde (N=4) e consultório particular (N=1). Em sua maioria, residiam próximo ao local de realização do estudo (N=8 – 72,7%), eram casados ou com união estável (N=9 – 81,8%) e com filhos (N=7 – 63,6%), sendo que uma profissional estava grávida no momento da realização da entrevista.

Os dados foram examinados por meio de uma análise de conteúdo temática<sup>19</sup>. Os relatos foram transcritos na íntegra, após a qual se deu a organização do material empírico e a análise detalhada do material selecionado. Em seguida, a partir das similaridades dos conteúdos presentes nos relatos e dos marcos teóricos do estudo, emergiram as seguintes categorias temáticas: O 'Projeto Zika' e a rede de cuidado à SZC; A participação das famílias no cuidado à criança; e Práticas de cuidado e especificidades do trabalho em saúde na atenção hospitalar.

A pesquisa faz parte de uma tese de doutorado em saúde coletiva<sup>20</sup>, que recebeu bolsa de pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). As exigências éticas foram atendidas integralmente, sendo o estudo aprovado pelo CAAE número 92156418.2.0000.5286.

## Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, cabe observar que a maioria era mulher, branca e médica, o que confirma tanto uma feminização das profissões relacionadas com o cuidado, já observada em vários estudos<sup>21-23</sup>, quanto da formação médica predominante na área da saúde, como um “ambiente marcadamente ocupado e gerido pela população branca”<sup>24(6)</sup>. Por um lado, tendo mulheres como profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dessas crianças, possivelmente facilita o entendimento das demandas e necessidades das mulheres-mães; por outro, observa-se uma tendência em reproduzir, no ensino e no cuidado, uma série de violências e preconceitos, quando há um olhar para as necessidades do outro a partir de seu lugar social de privilégios, sem reconhecer as interseccionalidades implicadas, tais como gênero, raça, classe e sexualidade<sup>24</sup>.

Nesse sentido, um olhar interseccional significa levar em consideração a “distância sociocultural”<sup>25(505)</sup> presente muitas vezes nas relações entre profissionais e mães de crianças com SCZ, que, se não constantemente reconhecidas e problematizadas, podem gerar falhas do entendimento das variáveis do processo saúde-doença, gerando impacto no acesso e na qualidade do cuidado prestado<sup>25</sup>. No entanto, para que tal perspectiva seja adotada, é necessária a construção de ambientes acadêmicos que acolham a diversidade e que deem enfoque a essas questões na formação profissional, de maneira transversal, em um processo ensino-aprendizagem que promova a inclusão e a necessária reflexão de que todos são sujeitos coletivos e socialmente construídos em meio a diversas estruturas de poder, passíveis de serem reproduzidas nas práticas de cuidado<sup>24,26</sup>.

### O ‘Projeto Zika’ e a rede de cuidado à SCZ

O ‘Projeto Zika’ funcionava como um ambulatório e tinha uma rotina definida de planejamento, supervisão e discussão de casos, assim

como uma delimitação das funções de cada membro, que se revezavam a cada momento em suas funções, orientados sempre pela profissional médica e pesquisadora responsável. As reuniões de equipe semanais destacam-se na dinâmica do trabalho e constituem um momento de integração e gerenciamento do trabalho coletivo, possibilitando o planejamento do cuidado.

*[...] a gente começa de manhã cedo para ver como que está a situação das crianças, o planejamento... no final do dia, a gente fica pra atualizar a planilha, discutir quem veio, qual vai ser a programação seguinte. (Roberto, 50, médico).*

*[...] o nosso projeto é um projeto de pesquisa e de ensino, a gente tem 250 crianças vinculados à um projeto de pesquisa, não a uma estrutura realmente permanente dentro do hospital, dentro da estrutura do município. Eu acho que ele é muito bom, mas as custas de profissionais que estão se doando, que estão ali fazendo isso caminhar. O ideal seria que fosse permanente, que fosse dentro da estrutura do hospital, com todos os serviços envolvidos e que tivesse investimento. (Rafaela, 49, médica).*

O relato de Rafaela vai ao encontro das percepções de outros profissionais do projeto em relação à rede de cuidado em que essas famílias estão inseridas e aos profissionais que assistem essas crianças. Para eles, profissionais e serviços de saúde foram bastante impactados pela epidemia, não foram preparados para atender às demandas dessa nova síndrome nem receberam investimento suficiente. Com isso, o acompanhamento da criança é prejudicado por serviços fragmentados e pela falta de diálogo entre os diferentes níveis de assistência, dificultando a integralidade do cuidado. É importante salientar que, ao final da pesquisa clínica, as crianças do projeto continuaram sendo atendidas pela médica e pesquisadora responsável em seu ambulatório, no entanto, sem a garantia de uma equipe multiprofissional presente.

É preconizado<sup>18</sup> que toda criança com o diagnóstico da SCZ seja assistida por equipe

multiprofissional para auxiliá-la em seu desenvolvimento, cabendo ao profissional da atenção básica estar capacitado para realizar a coordenação desse cuidado, bem como realizar a puericultura regularmente, de modo que a rede acolha as demandas das famílias em uma proposta de visão ampliada e integral, tal como é recomendado pelo SUS. No entanto, no estado do Rio de Janeiro, um dos estados mais afetados do Brasil, após Bahia e Pernambuco, e com uma ampla rede de serviços em comparação à região Nordeste, a mais afetada pela epidemia do ZIKV, dos casos confirmados para SCZ (N=264) entre 2015 e 2020, apenas 54% (N=143) receberam atendimento na atenção primária, e 57,6% (N=152), no atendimento especializado<sup>18</sup>.

*[...] não estão preparados, mas não é só pro zika. É pra crianças com deficiências em geral. Eles mandam vir pra hospital universitário, sendo que várias vezes é gripe, é gastroenterite, coisa que qualquer criança tem. Não acho que tenha pediatria capacitada [...] não tem instituição de reabilitação suficiente, quanto tem não é a quantidade de vezes na semana ou a qualidade de atendimento que a criança necessita. Não tem neurologista pra atender todas as crianças que convulsionam. As emergências não tão preparadas pra receber crianças de paralisia cerebral... não vejo, infelizmente, nenhum preparo do sistema público pra essas crianças. (Larissa, 33, médica).*

Diante do início da epidemia no Brasil, o ‘não saber’ ou ‘não estar preparado’ para cuidar dessas crianças pareceram ter ficado mais restritos à questão da SCZ em seus aspectos biomédicos, apesar de a microcefalia ter sempre existido. Percebe-se que houve uma falha no olhar para vulnerabilidades e aspectos psicossociais envolvidos, tanto nas esferas macro quanto micro, apontando para uma formação em saúde pouco crítica, em especial, a formação médica predominante na área da saúde, que perpetua iniquidades na gestão, no ensino e nas práticas de cuidado. Tais aspectos refletem a própria organização da rede de

serviços, de forma setorial e centralizada, e da atenção em torno do trabalho médico, com os demais profissionais funcionando como auxiliares, acarretando um cuidado fragmentado e a formação de profissionais de saúde extremamente técnicos<sup>13</sup>.

Para os profissionais entrevistados, as limitações que essas famílias encaram estão em todos os espaços em que circulam, a partir do momento que recebem o diagnóstico, quando não conseguem acesso aos atendimentos de reabilitação e estimulação precoce, nas dificuldades nos transportes, no acesso aos benefícios financeiros, nas situações de preconceito que vivem e em tantos outros entraves do dia a dia, considerando a SCZ como uma condição da criança que irá demandar cuidados ao longo de sua vida.

*[...] se você consegue aqui dar um atendimento digno, não vou nem dizer o melhor, você sabe que, quando chegar lá na frente, porque o serviço de saúde é um serviço de continuidade, ele não vai ter. O que vai adiantar? Essa criança sai daqui bem atendida, mas ela não tem continuidade, ela volta pra gente pior. [...] Porque, se ela mora longe, ela não tem o transporte pra chegar, nem sempre o TFD [tratamento fora de domicílio] funciona, nem todas têm acesso... a questão da mobilidade envolve também os dispositivos que ela precisa, que é um carrinho adaptado, é uma órtese [...]. (Mariana, 49, médica).*

A percepção desses profissionais é corroborada por estudos que apontam que a atenção à saúde dessas famílias, em especial, das mulheres e de seus filhos, é permeada pela falta de acesso a serviços básicos, como o pré-natal, incluindo uma comunicação desrespeitosa com essas mães que podem gerar um impacto negativo no tratamento de seus filhos, e a serviços de saúde especializados<sup>27</sup>.

Sendo assim, é importante ressaltar que esse campo de pesquisa não é a realidade de cuidado da maioria da população acometida pela SCZ. O ambiente e o desenho de assistência do ‘Projeto Zika’ pareciam favorecer a

aproximação com as famílias e com suas necessidades. Apesar de algumas crianças serem atendidas pela atenção básica e por serviços de reabilitação, os profissionais aqui referidos são mencionados pelas mães, principais responsáveis por levar os filhos ao serviço, como o maior apoio diante dos cuidados em saúde. Em observação nas salas de esperas e nas consultas, as relações são construídas para que aquele espaço se configure como um serviço que seja também um lugar de escuta e acolhimento, desde a coleta de sangue até as consultas com a equipe (Diário de campo, 26/03/2019).

No entanto, constata-se que a equipe construiu um espaço mais diferenciado com as mães, mas não necessariamente para além do binômio mãe-criança. Por um lado, a organização das consultas no ambulatório, onde todos os atendimentos são realizados separadamente, favorece uma dissociação de demandas em que a consulta médica ainda é reconhecida como um momento para falar do tratamento e de questões mais técnicas, como sintomas, exames, medicações e pedidos de relatórios. Da mesma forma, as questões sociais e econômicas, como benefícios, com a assistente social e as questões emocionais e mais subjetivas encontram seu espaço nas consultas com os profissionais com quem as mulheres possuem um vínculo mais diferenciado. Por outro lado, as próprias mulheres não estão acostumadas a serem assistidas de forma integral, mesmo reconhecendo aqueles profissionais como melhores por terem uma disponibilidade maior em escutá-las (Diário de campo, 30/04/2019).

É importante destacar a presença de acadêmicos de medicina, inseridos no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq), que devem ocupar um lugar central em qualquer discussão acerca de práticas de cuidado e ensino, em que os estudantes devem assumir um papel ativo de reflexão nesse processo, “visto que toda a prática educativa requer a existência

de pessoas que ensinando, aprendem e que aprendendo, ensinam”<sup>28(2136)</sup>. Os estudantes participam ativamente das atividades de pesquisa, como o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), levantamento de informações importantes das crianças e organização da ‘fila de espera’, mas não participam das consultas do ambulatório (Diário de campo, 16/03/2019).

## A participação das famílias no cuidado à criança

Os profissionais compreendem que o cuidar dessas crianças implica conhecer essas famílias, saber quem são, de onde vêm, e quais são suas dificuldades e potencialidades. Destacam a importância da participação familiar, principalmente da mãe, que é reconhecida como a cuidadora mais presente. Consideram as mães mulheres fortes e resilientes que precisaram abdicar de vários aspectos de sua vida para se dedicar aos cuidados com os filhos e percebem as limitações na rede de apoio social dessas mulheres.

*Na maior parte das vezes ela tem uma família grande, ela tem outros filhos e ela acaba abandonando tudo para cuidar desse filho, porque ela não tem uma rede. (Rafaela, 49, médica).*

*É um trabalho árduo para essas mulheres. E uma mãe chega e diz assim: ‘eu estou muito cansada’. E esse cansaço, foi de lágrimas que não paravam de descer. E não tem nenhum acompanhamento psicológico. Ela não tem nenhum suporte. (Maria, 34, assistente social).*

Nas salas de espera e nas consultas, observou-se a mãe assumindo a função de cuidadora, e o pai, quando este está presente, como suporte à mãe, que ajuda a carregar as bolsas e a buscar documentos no hospital, papel também assumido por outras figuras femininas, como a avó. Além disso, é corriqueiro as mulheres serem chamadas de ‘mães’ na interação com alguns profissionais (Diário de campo,

30/04/2019). Essa tendência comum nos serviços de saúde, especialmente no cuidado com a criança, reforça a naturalização do papel da mulher como cuidadora e na redução de sua identidade, pouco questionando o papel do cuidado paterno, contribuindo para a sobrecarga das mães e reproduzindo estereótipos de gênero associados à maternidade e à paternidade, que podem impactar negativamente as práticas assistenciais<sup>8,29</sup>.

Nota-se que o bom vínculo estabelecido com as mães do 'Projeto Zika' mobiliza a equipe a buscar um cuidado ampliado, centrado na família, promovendo sentimentos de empatia, respeito e confiança, assim como laços de cumplicidade e corresponsabilidade entre eles. Esse vínculo também parece tornar possível a identificação do profissional com a luta dessa família diante das demandas do tratamento da criança. Uma das maiores dificuldades levantadas pelos profissionais em relação ao cuidado são as questões socioeconômicas e a desagregação familiar, que levam a dificuldades em todas as esferas da vida daquela família. Porém, eles identificam que, para as mulheres, a maioria dessas questões é minimizada por uma força e amor, que ajudam a lutar, cuidar e proteger o filho.

*[...] são praticamente todos de baixa renda. O acometimento é na grande periferia, morros, pessoas sem condição financeira... a grande maioria vive com menos de um salário-mínimo por família... desempregados... condição social muito degradada, sem casa adequada, sem infraestrutura e saneamento básico. (Marcelo, 50, médico).*

*[...] de repente, você tem uma criança com microcefalia, que você vai ter que parar toda sua vida pra cuidar dele, requer atenção 100%. E aí um problema gera o outro, porque é uma mãe que tinha uma renda, hoje em dia é uma mãe que não tem mais aquela renda. É uma família que perdeu uma renda. E o pai vai embora, a maioria das vezes eles abandonam. Eu acho que a gente tem aqui uns 2, 3 pais que ainda estão até hoje com as crianças. Porque filho feio não tem pai, é o que a gente vê. (Cintia, 38, bióloga).*

Aprender a não julgar e desconstruir preconceitos é uma habilidade importante de exercitar na prática do profissional de saúde que a vivência no projeto pareceu possibilitar. A relação saber-poder e profissional-usuária mostra ter sido repensada, potencializando uma relação mais horizontalizada. É importante lembrar que, sendo um hospital universitário, a possibilidade de o aluno vivenciar essas práticas como um tipo de ensino diferenciado de clínica ampliada adquire grande valor.

*Eu sempre passo para os meus alunos a importância de você ver o paciente, de você saber que ali atrás tem uma pessoa, tem uma família. Então todas as pessoas que trabalham comigo eu trago aqui [coleta de sangue] e aí eles vão ver. Vão ver a coleta que é difícil, que é criança. Vão ver o quanto elas choram, ver o quanto as mães ficam ali fora chorando junto com eles. (Cintia, 38, bióloga).*

A ideologia da maternidade como algo natural e sagrado à mulher, a sobrecarga no cuidado, a invisibilidade do trabalho doméstico feminino e uma rede de saúde, que impõem um itinerário desgastante de cuidado ao filho, reforçam desigualdades que se entrelaçam entre raça, classe e gênero, colocando certas mulheres mais vulneráveis que outras<sup>20</sup>. Nesse cenário, todas essas variáveis são importantes de serem conhecidas; e, para isso, evidencia-se a importância da adoção de ações de educação em saúde, que permitam aos profissionais se aproximarem das experiências e dos saberes da população que atendem, sem que reproduzam intervenções paternalistas e assistencialistas<sup>30</sup>.

Na prática profissional, a busca pela integralidade pode se expressar na capacidade dos profissionais em incorporar em seu cotidiano o entendimento das necessidades mais silenciosas daquele sofrimento manifesto no sujeito a ser cuidado, e na criação de dispositivos e na adoção de processos coletivos de trabalho pelos serviços, que sejam voltados para a prevenção e que possam ir além das experiências individuais<sup>31</sup>. Para Mattos<sup>31</sup>, não se trata somente de desenvolver uma rotina ou

protocolo para oferecer ações preventivas, e sim ser capaz de compreender as especificidades de cada encontro e ter uma postura técnica que identifique as necessidades de prevenção e assistência, para, assim, poder intervir. Nesse sentido, o que caracteriza a integralidade é, principalmente, uma habilidade de reconhecer o que pode ser feito a partir daquele encontro dos sujeitos com a equipe.

### **Práticas de cuidado e as especificidades do processo de trabalho em saúde na atenção hospitalar**

A equipe demonstra incorporar em sua prática ações de apoio e fortalecimento das famílias, baseadas no vínculo e no acolhimento, como estratégias de humanização<sup>32,33</sup>, que proporcionam a essas famílias um sentimento de pertencimento ao serviço. Além de muitas mães terem acesso fácil aos profissionais do projeto, com o número pessoal de alguns profissionais, a equipe se mostra disponível em relação a remarcações e certas demandas médicas. Outra prática muito comum é a comemoração de datas especiais, como o Dia das Crianças e o Natal, percebida por eles como um importante fator de vinculação e diferencial do cuidado que prestam, demonstrando contextos positivos que vivenciam a partir desse cuidado:

*Eles se sentem seguros quando eles vêm aqui... Eles têm nosso telefone, elas ligam pra gente quando precisam... eles levam as crianças nos outros médicos, nas emergências, mas eles sempre vêm aqui depois. (Amanda, 42, médica).*

*Não é só a doença, existe vida também. Eu acho que isso é de uma grandeza enorme, porque foge do 'eu, profissional de saúde e o que eu tenho de fazer é ir lá, botar meu estetoscópio', não. É uma festa, um Dia das Crianças, é Natal, é poder mostrar para elas que elas não estão sozinhas, que tem um grupo de apoio. Eu acho isso maravilhoso e tento sempre participar porque eu acho que é um diferencial no atendimento. (Rafaela, 49, médica).*

Os profissionais demonstraram sensibilidade em reconhecer as necessidades da família, em especial a mãe, e a escuta revelou-se como um instrumento importante no acesso a sua história, suas dificuldades e organização de suas vidas diante das demandas advindas do tratamento da criança. Demonstram preocupação e esforço em buscar os recursos necessários, com o objetivo de apoiar as famílias e ressignificá-las como sujeito de seus cuidados:

*[...] quando a gente tem um surto de uma doença como essa, a gente tem que se preparar para lidar com a família até porque a gente tem pouco tempo para vincular essa mãe no projeto. Quando ela está no pré-natal, ela já está mais preparada, mas quando ela está na maternidade e a gente diagnóstica, como é que eu vinculo? Já tem o choque 'olha, o seu filho tem uma microcefalia'. Aí você precisa que essa família perceba que apesar de tudo que ela está vivenciando, ela precisa e deve acompanhar, que isso pode ter impacto na qualidade de vida da criança. Então isso tudo a gente precisa aprender a lidar. Por mais que a gente tenha anos de experiência, isso não é fácil. (Rafaela, 49, médica).*

Identificou-se que o cotidiano de cuidado a essas famílias pode ser gerador de angústia, uma vez que os profissionais convivem com os limites do seu trabalho, podendo, ao mesmo tempo, impulsioná-los a buscar práticas de saúde mais integrais e humanizadas, como também os desanimar, principalmente quando percebem que não conseguem ser resolutivos, podendo até mesmo gerar dilemas. Por vezes, mostram-se críticos em relação às suas práticas que podem reproduzir ideias que responsabilizam os sujeitos por suas vulnerabilidades. A fala abaixo de Maria exemplifica um olhar para além da demanda que leva essa família ao encontro com aquela equipe, tendo em consideração os modos e os espaços de vida dos sujeitos, um olhar que se amplifica em um contexto de trabalho multiprofissional. É importante também demarcar a perspectiva de gênero na fala da profissional quando ela entende que a maternidade é vivenciada a

partir de representações sociais, que faz com que as mulheres realizem um trabalho de cuidado invisível com pouco apoio e remuneração ausente, e que ainda se apresenta de maneiras diferentes entre mulheres brancas e negras<sup>34</sup>:

às vezes, inconscientemente, você acaba culpabilizando essas mulheres. ‘Você não fez, mãe? Você deveria ter feito’, às vezes a gente não tem o cuidado de entender o motivo. Acho que isso é uma lição de vida. Acho que não dá para a gente romantizar e tem que entender que o que elas fazem é um trabalho e um trabalho não reconhecido, não remunerado, precarizado. Que elas fazem aquilo que podem e não tem ninguém que faça por elas. (Maria, 34, assistente social).

É evidente a importância de práticas de prevenção à saúde mental das mães no cuidado com a criança, porém, não há uma rede estruturada de apoio à equipe ou mesmo uma psicóloga, o que é sentido como um problema por parte dos profissionais e percebido como uma dificuldade de conciliação da carga horária dos profissionais psicólogos do hospital, considerando que o projeto se trata de uma pesquisa clínica. Percebeu-se que, na falta dessa rede, os profissionais do ambulatório não se sentem protagonistas deste tipo de cuidado e fornecem apoio como ‘acham que conseguem’. Por vezes, o ‘só ouvir’ não é reconhecido como algo que faz diferença no cotidiano dessas mulheres, esquecidas e invisibilizadas em suas demandas, como aparece no relato da assistente social, que recebeu uma mãe e uma criança recém-chegadas ao serviço:

[...] tive um atendimento hoje muito difícil [...] A forma como ela tomou conhecimento do diagnóstico, uma forma onde ela não teve nenhum acompanhamento... ela ficou muito emocionada [...] e a gente sentiu o quanto ela estava fragilizada. Naquele momento a gente não tinha muito suporte para dar. O que a gente fez naquele momento só foi ouvi-la... a gente fez o acolhimento como pôde. (Maria, 34, assistente social).

Para além do apoio psicológico tradicional, a sala de espera também pode ser um momento rico de acolhimento e de educação em saúde sobre direitos, violências, cultura do cuidado, entre outras questões que caminhem no sentido do fortalecimento das mulheres-mães, podendo ser incorporado no processo de trabalho de qualquer membro da equipe e buscando por outros programas, recursos, movimentos, no próprio hospital ou articulados em rede, que poderiam ser mais acionados para colaborar.

Tais experiências nos permitem perceber que, “mesmo sem uma formulação teórica ou mesmo sem utilizar o termo”, como diz Mattos<sup>31(1415)</sup>, os profissionais entrevistados praticam a integralidade em seu cotidiano. Além de terem suas práticas baseadas na interação entre ensino, pesquisa e assistência, incorporam também o aprendizado que o trabalho com essas famílias proporciona, tanto no nível individual quanto no profissional, necessário à formação de todo profissional de saúde que vai ao encontro da discussão de um sistema de saúde mais justo e igualitário.

Embora se reconheçam as limitações deste estudo para possíveis generalizações no campo do cuidado com as famílias afetadas pela SCZ, considera-se fundamental refletir sobre esses resultados na formação dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo que é necessário construir novos modelos de ensino que possibilitem a perspectiva da integralidade e do trabalho em equipe multiprofissional. Essa construção aparece como uma oportunidade de redefinir saberes e práticas hierarquizadas nos serviços de saúde, mais próximas em responder às necessidades e às demandas do sujeito<sup>12,15</sup>. Assim, a formação do profissional deve incluir o desenvolvimento de certas habilidades e competências que o preparem para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os pacientes e com a equipe de saúde<sup>35</sup>. Para além disso, tomar o cuidado como um “modo de pensar e fazer saúde”<sup>16(41)</sup>, assumindo um papel central nesse processo.

Até aqui, falou-se sobre a “integralidade focalizada”<sup>36(120)</sup> que acontece nos espaços de cada serviço de saúde e é resultado do esforço de toda a equipe em traduzir as necessidades de saúde, sempre complexas, do sujeito a ser cuidado. Em contraste, a “integralidade ampliada”<sup>36(124)</sup> é pensada em rede, a partir de uma perspectiva ‘macro’ e como responsabilidade do sistema de saúde, não somente de um único lugar ou profissional, com o objetivo de

pensar o sistema de saúde menos como pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos<sup>6(122)</sup>.

Essa perspectiva de trabalho, enquanto rede, não emerge nas falas dos profissionais entrevistados aqui, apontando para pouca integração e interação dessa equipe com os outros níveis de atenção, que faz com que os profissionais percebam suas práticas como isoladas.

Não se pode deixar de notar que se está falando sobre um processo de trabalho que encontra seus limites e potencialidades dentro de uma instituição hospitalar, pública e universitária, diante de um contexto que pede por transformações e que instiga a pensar em outras maneiras de trabalho em saúde. Dentre as possibilidades, o cuidado e o conhecimento são produzidos a partir do tripé indissociável da universidade pública, que integra ensino, pesquisa e extensão, como uma proposta de formação articulada à própria realidade e, assim, contextualizada aos problemas e demandas da população, em uma relação dialética entre teoria e prática<sup>37</sup>. Entre os limites, esbarra-se em um modelo de atenção fragmentado tanto nos diferentes níveis de assistência à saúde, nos quais essas famílias são assistidas, como em sua interface com uma rede ampliada e intersectorial de cuidado, que encontra uma rede ineficiente e desgastada, produto de um contexto de mudanças políticas que influenciaram não só as políticas sociais e econômicas, como forma de proteção social, como também a desvalorização dos profissionais de saúde e da ciência brasileira.

## Considerações finais

Os achados confirmam a potência de boas práticas, baseadas na integralidade do cuidado, colaborando para a humanização da assistência às crianças com a SCZ e suas famílias. As práticas de cuidado na perspectiva multiprofissional, como discussões de casos e planejamento da assistência, e em uma integração com ensino e pesquisa comprometidas e implicadas com a realidade social, favorecem uma visão mais ampliada do usuário e das várias dimensões de sua vida e de sua saúde, fortalecendo as decisões grupais e a aprendizagem coletiva, constituindo-se em um processo ensino-aprendizagem mais eficiente e por um cuidado integral e humanizado. Dessa forma, o trabalho mostra-se mais colaborativo, distanciando-se da fragmentação e da hierarquização predominantes na organização tradicional do trabalho em saúde, embora tenham sido observados e colocados outros desafios, como a incorporação da perspectiva de gênero interseccional na formação e práticas em saúde, para fortalecer o trabalho com as mulheres e suas famílias.

A perspectiva interseccional proposta neste estudo permite uma aproximação da complexidade das questões que envolvem a epidemia do ZIKV e a SCZ no Brasil, desde as opressões históricas que as mulheres vivenciam e que são responsáveis pela construção de um ideal de maternidade que as limita enquanto mulheres, passando pelas relações de vulnerabilidades estruturadas por desigualdades entre raça, classe e gênero, até a formação e a educação em saúde dos profissionais que cuidam dessas mulheres e seus filhos, assim como a própria organização da atenção à saúde, que se mostra fragmentada e centralizada em saberes.

Em um contexto de crise política, econômica e social em que se encontra o Brasil, somado à crise sanitária mundial que se instalou com a pandemia da Covid-19, este estudo aponta práticas possíveis e reflexões necessárias sobre a importância de pensar o cuidado para além das práticas em saúde, sobretudo em articulação a políticas públicas, sociais e econômicas, de

proteção e enfrentamento das vulnerabilidades, também papel das pesquisas realizadas na área da saúde, para além do desenvolvimento científico e tecnológico a que muitas vezes são propostas. Espera-se trazer subsídios para necessárias reflexões sobre os desafios enfrentados na produção de cuidados em saúde mais equânimes e justos, e práticas intersetoriais, para além dos protocolos e de núcleos de saberes especializados, de modo que os profissionais incorporem em seus processos de trabalhos olhares mais atentos e implicados no enfrentamento às vulnerabilidades e na desmistificação de certas práticas comuns.

## Colaboradores

Dias FM (0000-0002-9943-7303)\* contribuiu para concepção do trabalho; coleta e análise dos dados; elaboração e revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser submetida. Berger SMD (0000-0002-2311-5025)\* contribuiu para concepção do trabalho; análise dos dados; revisão crítica do artigo; e aprovação final da versão a ser submetida. Lovisi GM (0000-0003-0521-0202)\* contribuiu para concepção do trabalho e aprovação final da versão a ser submetida. ■

## Referências

1. Diniz D. Zika: do sertão nordestino a ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.
2. Costa AM. A determinação social da microcefalia. Rev desaf. Desenvol. (IPEA). 2016 [acesso em 2020 jan 30]; 13(87). Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3267&catid=29&Itemid=34](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3267&catid=29&Itemid=34).
3. Lesser J, Kitron U. The social geography of zika in Brazil. Nacla Report on the Americas. 2016 [acesso em 2020 jan 30]; 48(2):123-9. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10714839.2016.1201268>.
4. Dias FM, Berger SD. A experiência de ter um filho com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ): um estudo sobre gênero, maternidade e cuidado. Seminário Internacional Fazendo Gênero 12 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2021. p. 1-11.
5. Menezes A, Alves MJS, Gomes TP, et al. Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe. Av Enferm. 2019 [acesso em 2020 jan 30]; 37(1):38-46. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002019000100038](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100038).
6. Hamad GBNZ, Souza KV. Filho especial, mãe especial: o sentido da força de mães de crianças com a síndrome congênita do zika vírus. Esc. Anna Nery. 2019 [acesso em 2020 jan 30]; 23(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/WhWbMDmyCKZ7rmpMx8X4Dvh/?lang=pt&format=pdf>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Duarte JS, Santos LOF, Sette GCS, et al. Necessidades de crianças com síndrome congênita pelo Zika vírus no contexto domiciliar. *Cad. saúde colet.* 2019 [acesso em 2020 jan 30]; 27(3):249-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TdZ9dYL6dCYQvq4J56LhpBL/?lang=pt>.
8. Vale PRLF, Alves DV, Carvalho ESS. “Bem corrido”: reorganização cotidiana das mães para cuidar de crianças com Síndrome Congênita pelo Zika. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2020 [acesso em 2020 dez 30]; (41). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/VzVM3pF3PshzhgPrnBNJmJc/?lang=pt>.
9. Diniz D. Vírus Zika e mulheres. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(5).
10. Organização das Nações Unidas. Programa das nações unidas para o desenvolvimento. Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus zika, na América latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. Nova York: ONU; 2017.
11. Chauí MA. A universidade pública sob nova perspectiva. *Rev. Bras. Educ.* 2003 [acesso em 2020 jan 30]; (24):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>.
12. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2008 [acesso em 2020 jan 30]; 42(1):48-56 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gBYSTYtVhpcYJG-nnXyQJtBP/abstract/?lang=pt>.
13. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013 [acesso em 2020 jan 30]; 47(4):977-983. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/abstract/?lang=pt>.
14. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p. 39-64.
15. Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: Algumas Reflexões. *Rev. bras. educ. med.* 2018 [acesso em 2020 jan 30]; 42(3):146-152. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMM/?lang=pt>.
16. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc.* 2004 [acesso em 2020 jan 30]; 13(3):16-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLh-H8fmh/abstract/?lang=pt>.
17. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: edições 70; 2016.
20. Dias FM. Gênero, maternidade e zika: experiências de mulheres que tiveram seus filhos com a síndrome congênita do zika e de cuidado prestado pelos profissionais que participam do atendimento a seus filhos. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020. 208 p.
21. Scavone L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa de saúde da família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão.* Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília, DF: UNFPA; 2005. p. 99-109.
22. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Divulg. Saúde debate.* 2010 [acesso em 2020 jan 30]; (45):54-70. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/>

- arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf.
23. Wolff CS. Profissões, trabalhos: coisas de mulheres. *Rev. Estudos Feministas*. 2010 [acesso em 2020 jan 30]; 18(2):503-506. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2010000200012/13663>.
  24. Borret RH, Araujo DHS, Belford PS, et al. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. *Rev. Bras. Educ. médica*. 2020 [acesso em 2020 jan 30]; 44(supl1):e0148. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WXBd8cr76HZw9MhrcYNwMtP/?lang=pt&format=pdf>.
  25. Albuquerque MSV, Lyra TM, Melo APL, et al. Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. *Health polic. Planng*. 2019 [acesso em 2022 set 28]; 34(7):499-507. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31369667/>.
  26. Lopes JR, Raimondi GA, Murta D, et al. Ensino e Cuidado em Saúde LGBTI+: Reflexões no Contexto da Pandemia da Covid-19. *Rev bras. Educ. médica*. 2020 [acesso em 2020 jan 30]; 44(supl1):e0152. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZqsxnTh5DBXyQPb8Vhqhkg/?format=pdf&lang=pt>.
  27. Peiter PC, Pereira RS, Moreira MCN, et al. Zika epidemic and microcephaly in Brazil: Challenges for access to health care and promotion in three epidemic areas. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2020 jan 30]; (15):e0235010. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235010>.
  28. Carácio FCC, Conterno LO, Oliveira MAC, et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2020 jan 30]; 19(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DTVfcYC9WdDZBYLs-q4TY3DS/abstract/?lang=pt>.
  29. Sally EOF, Freire MMLF, Ferreira HC, et al. Articulando gênero e saúde: formação de profissionais no âmbito da rede cegonha. *Demetra*. 2017 [acesso em 2020 jan 30]; 12(4):921-937. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/28661>.
  30. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2020 jan 30]; 22(64):177-88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CCnBTxySpYqFqS93W5RN3Sv/?lang=pt>.
  31. Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004 [acesso em 2020 jan 30]; 20(5):1411-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLk/?lang=pt&format=pdf>.
  32. Gomes MCPA, Pinheiro R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface – Comunic. Saúde, Educ*. 2005 [acesso em 2020 jan 30]; 9(17):287-301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JVZTQDsmnZynwvGvQr8VCSn/abstract/?lang=pt>.
  33. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2020 jan 30]; 41(115):1177-1186. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJG-mS59ZWHTm59sXvsVCG/abstract/?lang=pt>.
  34. Dias FM, Berger SMD, Lovisi GM. Reflexões sobre gênero, cuidado e maternidades no contexto de pós-epidemia de zika no Brasil. *Physis*. 2020 [acesso em 2020 dez 1]; 30(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HrhtFfs-fvdCbyQdzwjnPzwy/abstract/?lang=pt>.
  35. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis*. 2011 [acesso em 2020 jan 30]; 21(1):129-146. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/qsZB6yqSt4NCkfbWSsJrL5n/?lang=pt>.

36. Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO; 2006. p. 117-130.
37. Dias AMI. Discutindo caminhos para a indissociabilidade entre Ensino, pesquisa e extensão. Rev Bras Docência Ens. Pesq. Educ. Física. 2009 [acesso

em 2020 jan 30]; 1(1):37-52. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/56218703.pdf>.

---

Recebido em 19/09/2021

Aprovado em 07/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

# Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde

*Child and adolescent mental health and the school: dialogues between education and health professionals*

Carolina Donato da Silva<sup>1</sup>, Andrea Perosa Saigh Jurdi<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E609

**RESUMO** O presente artigo teve como objetivo apresentar e discutir os resultados de dois grupos focais com professores de rede pública de ensino no âmbito de um programa desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Campo Limpo (Capsij Campo Limpo), visando à integração saúde mental e educação: o Programa Educação. Por meio de grupos focais com os professores que frequentaram as reuniões do referido programa, e posterior tratamento analítico dos dados e análise de conteúdo temática, foi possível constatar que o espaço foi considerado como um lugar de formação permanente. Entretanto, a análise propiciou o entendimento além daquele pretendido no escopo do trabalho, posto que se percebeu que o espaço estudado transcendeu seu objetivo inicial, assumindo também a função de um lugar de cuidado, escuta e acolhimento para os professores. Nessa direção, foi possível concluir que, por se sentirem cuidados pela equipe do Capsij, os professores foram capazes de cuidar, ouvir e significar o sofrimento de crianças e jovens que tinham em seu percurso escolar, repetidas experiências ligadas às dificuldades de aprendizagem, socialização ou interação, apresentando sofrimento psíquico grave, e, por isso, serem acompanhadas no Capsij.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Saúde pública. Colaboração intersetorial. Educação. Educação continuada.

**ABSTRACT** *This article presents an excerpt from the master's thesis that aimed to analyze the continuing education of teachers in a program developed at the Child and Youth Psychosocial Care Center Campo Limpo (CAPSIJ Campo Limpo), aiming at the integration of mental health and education: the Educação Program. Through focus groups with the teachers who attended the program's meetings and subsequent analytical processing of the data and analysis of the thematic content, it was possible to verify that the program was considered a place of permanent training. However, the analysis went beyond what was intended in the scope of the work, since it was noticed that the studied space transcended its initial objective, also assuming the function of a place of care, listening, and support for the teachers. In this sense, it was possible to conclude that, because teachers felt cared for by the CAPSIJ team, they were able to care for, listen to, and make sense of the suffering of children and young people who had repeated experiences of learning, socialization, or interactional difficulties during their school careers that led to severe psychological distress, and were therefore monitored at CAPSIJ.*

**KEYWORDS** *Mental health. Public health. Intersectoral collaboration. Education. Education, continuing.*

<sup>1</sup>Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.  
ninatatoiva@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsij) são serviços abertos e de caráter comunitário indicados para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Atendem crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Ou seja, crianças e jovens com comprometimento grave e complexo do curso natural do desenvolvimento, com sérios riscos de rompimento de seus laços sociais de suporte, e que, devido a esses riscos, encontram-se em situação de vulnerabilidade e/ou sofrimento psíquico<sup>1</sup>.

Os serviços de saúde mental infantojuvenil, dentro das perspectivas que hoje regem as políticas de saúde mental no setor, devem contar com a colaboração dos diversos equipamentos que atendem a essa população como partes integrantes do processo de cuidado: Escola, Conselho Tutelar, Pontos de Cultura, Serviços da Assistência Social, entre outros que formam uma trama de possibilidades e parcerias. A corresponsabilização pelo cuidado e a colaboração efetiva entre profissionais de diferentes serviços indicam vias potentes para a superação dos principais desafios impostos à atenção psicossocial para crianças e adolescentes<sup>2</sup>.

Taño, Matsukura e Minatel<sup>3(5)</sup> referem que os Capsij, ao dimensionar o trabalho pela ética do cuidado, assumem um

posicionamento metodológico, ou seja, um modo de produzir o trabalho cotidiano nos serviços que tanto agregue outras parcerias intersetoriais, como seja potente o suficiente para reconhecer, no território, onde estão inseridos contextos estratégicos para a construção de projetos singulares de cuidado.

Para Pinho et al.<sup>4</sup>, a intersetorialidade ainda configura um desafio no cotidiano dos serviços de saúde mental infantojuvenil, uma vez que implicar outros campos como a assistência social, a educação e a justiça acarreta se

deslocar de um paradigma biomédico para o modelo da atenção psicossocial.

É preciso salientar que a intersetorialidade potencializa o grau de comunicação entre os setores, corresponsabilizando-os pelas situações a serem enfrentadas, em dinâmicas que objetivam a superação de problemáticas complexas localizadas em determinado território. Compreendidas como ações que transformam a lógica social a partir do combate à exclusão, as ações intersetoriais devem estar direcionadas para a construção de projetos de vida comuns e para a tessitura de laços sociais<sup>5</sup>.

A educação se configura como um dos setores que atuam no cuidado às crianças e aos adolescentes; e as escolas são ambientes privilegiados, tanto para a promoção do desenvolvimento e de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte da população infantojuvenil brasileira, as escolas agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação.

No entanto, a falta de articulação entre os setores que atendem essas crianças e suas famílias, a falta de uma rede de apoio e a concepção normativa e disciplinar dos tratamentos oferecidos preocupam. Estudos recentes desenvolvidos por Taño<sup>6</sup> e Oliveira<sup>7</sup> mostram que educação, saúde e assistência social mantêm um diálogo pontual sobre as intervenções a esse segmento populacional, produzindo um silenciamento discursivo que resulta em desassistência às crianças com sofrimento psíquico. Além disso, a intersetorialidade se coloca como horizonte, dado que é processual e solicita que a atenção psicossocial esteja imbuída da tarefa de sustentar a criação de campos discursivos mais amplos que agenciem ações mais compartilhadas coletivamente.

Quanto aos processos de inclusão escolar, verifica-se que as iniciativas de apoio à inclusão não contemplam as questões referentes à

diversidade psíquica presentes na infância e adolescência. Nessa direção, Lins et al.<sup>8</sup> reforçam a importância em avançar na perspectiva da garantia e da qualidade da permanência de todos os alunos no contexto escolar, inclusive aqueles com sofrimento psíquico. Para que isso ocorra, a escola, em uma concepção inclusiva, deve ter recursos humanos e de infraestrutura que possam sustentar suas práticas cotidianas, assim como um redimensionamento para sua organização escolar, além da formação e de processos de educação permanente do professor. Os baixos salários e a falta de investimento na educação básica fazem com que as escolas públicas e os que nelas trabalham tenham mais dificuldades para construir um trabalho coletivo que possa modificar situações de exclusão. Sendo assim, é preciso garantir não só o acesso, mas também a permanência de todos os alunos, inclusive aqueles com deficiência e/ou sofrimento psíquico, nos espaços escolares, propiciando oportunidades de aprendizagem diversificadas<sup>9</sup>.

Entende-se que a realização de estudos que enfatizem a realidade da saúde mental infantojuvenil nos seus diversos contextos contribui para aprofundar o conhecimento e ampliar as discussões sobre o campo. Colabora também para disparar ações e estratégias que se colocam em diálogo e na defesa do exercício da cidadania e na participação sociocultural para todas as pessoas, enaltecendo os diferentes potenciais humanos e suas contribuições para a vida comum<sup>6,10</sup>.

Para Couto e Delgado<sup>2</sup>, a corresponsabilização pelo cuidado e a colaboração efetiva entre profissionais de diferentes serviços indicam ser vias necessárias para a superação dos desafios impostos à atenção psicossocial para crianças e adolescentes como: o estigma relacionado a eles e a 'invisibilidade' dos problemas de saúde mental infantojuvenis.

Nesse sentido, é preciso reconhecer a necessidade do diálogo entre os setores de educação, saúde mental e assistência social, decisivo para a colaboração intersetorial e fortalecimento de ambientes escolares solidários que ampliem condições de inclusão

escolar para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental<sup>11</sup>.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é apresentar e discutir os resultados de dois grupos focais com professores de rede pública de ensino no âmbito de um programa desenvolvido no Capsij Campo Limpo, visando à integração saúde mental e educação: o Programa Educação.

## Material e métodos

Pesquisa empírica de natureza qualitativa na qual se empregou a técnica de grupo focal com o intuito de analisar o Programa Educação. O processo de pesquisa qualitativa considera a investigação como um processo interativo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, privilegiando as palavras das pessoas e seus comportamentos como dados primários<sup>12</sup>.

O grupo focal é uma técnica utilizada na pesquisa qualitativa para completar informações, conhecer atitudes, opiniões, percepções a respeito de um tema específico. Para Gatti<sup>13</sup>, a maior potencialidade do trabalho com grupo focal está ligada à possibilidade que ele oferece ao trazer um conjunto concentrado de informações de diferentes naturezas (conceitos, ideias, opiniões, sentimentos, preconceitos, ações e valores) para o foco de interesse do pesquisador.

O Programa Educação, no qual foi realizado o grupo focal, foi desenvolvido pela equipe do Capsij Campo Limpo, administrado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) e inaugurado em agosto/2014. Está localizado na região sul do município de São Paulo; sua área de abrangência corresponde aos distritos: Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade. As três regiões são representadas pela Prefeitura Regional do Campo Limpo. Tem-se, assim, um território com 29 Unidades Básicas de Saúde, 403 escolas e quase 700 mil habitantes. Tal fato denota o desafio dos profissionais do Capsij em atender a um território tão extenso

e complexo em suas necessidades. Esse fato repercute na escola quando ela recebe alunos, e/ou familiares destes, que necessitam dos serviços de saúde mental e não conseguem o acesso a esse direito.

Desde o início do trabalho no Capsij Campo Limpo, a gestão se preocupou em garantir, para cada profissional, horários predefinidos para a realização de ações específicas. As agendas abrangiam atendimentos individuais e/ou familiares, grupos, plantão (acolhimento e convivência), reuniões e ações no território. Essas ações compreendiam reuniões nas Unidades Básicas de Saúde, reuniões com escolas, visitas domiciliares, visita a espaços culturais etc. No decorrer dos anos, a equipe pôde organizar suas atividades levando em consideração as demandas tanto do território – rede de suporte social e de saúde – quanto as internas no serviço.

Atualmente, as ações territoriais são concentradas em reuniões nas Unidades Básicas de Saúde (com as equipes de Estratégia Saúde da Família), Ações de Matriciamento (visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, grupos compartilhados), reuniões nas escolas, Matriciamento Intersetorial (reunião mensal que acontece no Capsij tendo como convidada a rede de atenção às crianças); Educação (Matriciamento das Escolas) e Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil de São Paulo.

Como era de se esperar, a programação de horários para ações territoriais favoreceu de forma significativa a organização da equipe para garantir uma presença viva nos espaços de discussão e construção compartilhada do cuidado.

Com o propósito de aproximação com as escolas e compreender melhor as demandas de cuidado direcionadas ao Capsij Campo Limpo pelas escolas da região, a equipe propôs a formação de um grupo denominado Educação – pensado como estratégia para promover ações aos professores das escolas da região na direção de uma compreensão mais ampla acerca das queixas escolares e as situações de sofrimento psíquico das crianças e dos adolescentes atendidos no Capsij.

Foram convidados para participar dos encontros os professores e os coordenadores das escolas particulares e públicas localizadas no território de responsabilidade do Capsij. Os temas trabalhados foram levantados no decorrer das reuniões a partir do interesse dos participantes do grupo, principalmente dos professores, os quais traziam questões e dúvidas com base em suas experiências nos ambientes educacionais. Esses encontros visaram aproximar a equipe de saúde mental infantojuvenil da realidade escolar, com o objetivo de consolidar algumas práticas e ressignificar outras. A equipe do Capsij estava representada nos encontros por uma terapeuta ocupacional, por um educador físico e um médico psiquiatra.

Para organizar as reuniões à equipe do Capsij com os professores presentes na primeira reunião, foi acordado que os encontros seriam semanais e que teriam três horas de duração. Os convites foram direcionados por *e-mail* à Diretoria Regional de Ensino (DRE), que, por sua vez, encaminhava-os para sua área de abrangência. Além disso, para as famílias que frequentam o Capsij, foi enviado um convite impresso convidando as escolas que seus filhos frequentam para o encontro. O objetivo era acessar o maior número possível de professores e coordenadores das escolas localizadas no território de responsabilidade do Capsij, particulares e públicas.

Participaram do programa predominantemente professores e coordenadores pedagógicos da rede pública municipal e estadual de ensino da região. Além desses participantes, é importante ressaltar a presença dos membros do Núcleo de Apoio e Acompanhamento para Aprendizagem (Naapa) e do Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (Cefai). Ademais, foi possível observar a concentração de professores de Escolas Municipais de Ensino Fundamental (Emef), responsáveis pela maioria dos encaminhamentos ao Capsij.

A partir desse processo, foram realizados dois grupos focais com participantes do

Programa Educação para avaliar o processo e os desdobramentos que os encontros do programa ocasionaram no cotidiano de trabalho dos professores e das escolas que serão descritos a seguir.

Participaram do grupo focal os profissionais da educação que frequentaram as reuniões do Programa Educação no período entre 2016 e 2017. Em cada reunião do Programa Educação, os participantes informam um *e-mail* para contato pelo qual se realiza a troca de materiais e de informações sobre as pautas discutidas e organizam-se os encontros futuros – foi por esse *e-mail* que o convite foi enviado.

Foram oferecidos dois dias e dois horários para serem escolhidos pelos professores, desse modo, eles puderam considerar o que seria mais adequado e possível dentro de sua rotina. O convite foi enviado para 50 professores; foram recebidas 13 respostas positivas e 1 negativa; 37 professores não se manifestaram. No dia da realização do grupo, houve duas faltas sem justificativa. Foram realizados dois grupos, um com 5 professores, e outro com 6 seis. Os professores que participaram serão nomeados por números (Professor 1, 2, ..., 11) com o intuito de preservar o sigilo e a confidencialidade dos participantes.

Para os grupos focais, foi elaborado um roteiro de perguntas para nortear as discussões do grupo. As perguntas abordaram a compreensão dos participantes acerca do ambiente escolar de como esse ambiente pode influenciar a vida e os modos de agir das crianças e adolescentes, como pode favorecer as práticas de cuidado e avaliação dos participantes acerca dos encontros realizados nos anos de 2016 e 2017. Os grupos focais foram gravados e, posteriormente, transcritos. Cada grupo contou com os participantes, um mediador e a pesquisadora.

No processo de análise de dados, foi utilizada a metodologia de Análise de Conteúdo Temática<sup>14</sup>. Após a pré-análise e a fase de exploração do material propostas na metodologia de análise, emergiram as seguintes categorias: 1. O Programa Educação como espaço

de formação permanente e de cuidado para o professor; 2. O papel do Programa Educação no trabalho intersetorial.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussão

### O Programa Educação como espaço de formação permanente e de cuidado para o professor

Durante o processo de coleta de dados nos grupos focais, quando se iniciaram as questões relacionadas com o cuidado que o ambiente escolar poderia ou não oferecer, deparou-se com os comentários dos professores referindo-se aos encontros do Programa Educação como um lugar no qual se sentiam ouvidos, respeitados. Desse modo, foi possível observar que o programa se constituiu tanto como um espaço de formação permanente apontado pelo grupo quanto como um lugar em que o professor se sentiu cuidado pela equipe do Capsij e pelos professores, diretores e coordenadores que formavam o corpo dos encontros.

De acordo com Figueiredo<sup>15</sup>, não só o agente de cuidado melhora a qualidade do que faz quando compartilha seus afazeres e decisões com outros agentes cuidadores. Ele ganha muito ao descobrir que o objeto de cuidado, em diversos aspectos, também é ele. Deixar-se cuidar pelo outro passa a ser, em si mesmo, uma forma eficaz de cuidar. A respeito dessa dialética do cuidado para si e do cuidado para os outros, a psicanálise, sobretudo em sua vertente winnicottiana, traz alguns elementos de entendimentos que podem ser derivados para trazer uma melhor compreensão do que se passa no âmbito da educação.

Winnicott<sup>16</sup> fala sobre a importância que a mãe se deixe cuidar pelo bebê, que ela esteja sensível ao cuidado que seu bebê dedica a ela através do olhar, do toque, do carinho. Na mesma linha, pode-se apontar a relevância do médico se deixar cuidar pelo paciente, o professor pelo aluno. Nos encontros do Educação, foi possível notar que, ao procurar ajuda para os alunos, os professores encontraram ajuda para si, pois se viram no lugar de quem também precisa, e merece, de cuidado – o qual poderia ser proveniente da equipe do Capsij, dos próprios alunos, dos familiares, dos colegas de profissão.

Ademais, em decorrência do cuidado recebido, referem ter conseguido cuidar e escutar mais as crianças, assim como construir outros pontos de vista para o mau comportamento, para a falta de limites e para a agressividade. Ao se oferecer um espaço de cuidado aos professores, e considerá-los cuidadores das crianças, colocaram-se em pauta as questões relacionadas com os cuidados dos cuidadores.

Considerando-se o tempo desprendido pelos professores no ambiente escolar, é possível afirmar que sua tarefa pode ser compreendida para além de educar, é também cuidar. A aproximação com os educadores permitiu constatar o quanto havia necessidade de escuta, de receber cuidado, de serem valorizados enquanto cuidadores, pois, segundo seus relatos, não encontravam acolhimento para suas angústias em outros espaços institucionais

*Os professores precisam falar. O trabalho na escola está cada vez mais difícil, precisamos cada vez mais de mais ajuda. (Professor 1).*

*A escola é uma instituição que cuida, mas que também precisa ser cuidada. (Professor 2).*

O excesso de demandas do trabalho é apontado pelos professores como um fator que dificulta o seu desenvolvimento. O tempo dedicado à preparação das aulas e à interação constante com os estudantes ocupa parte significativa de sua carga horária, não restando tempo para pausas que favoreçam a revisão

do que está sendo feito, ou a reflexão sobre os acontecimentos que os cercam. Eles não conseguem parar para pensar, planejar, ver.

*Eu penso que no nosso dia a dia nós vamos perdendo a oportunidade de observar coisas, acabamos engolidos pelos afazeres, e por isso, muitas vezes a gente não consegue nem mesmo se ouvir. Se ouvir enquanto própria pessoa para refletir sobre determinadas questões. Eu acho que um dos maiores dificultadores da escola é que não há espaço de fala, e quando eles existem, ninguém disponível para escutar e pensar sobre. (Professor 3).*

*Eu acho que a rede também precisa dar apoio aos professores. Eles mesmo referem do quanto precisam de cuidado nessa parte emocional. Porque o profissional sendo acolhido, sendo escutado, ele também passa a ver a situação da criança de forma diferente. (Professor 5).*

A fala dos professores reflete a precarização dos processos de formação e de trabalhos dos professores. Lins et al.<sup>8</sup> apontam que o desvelamento das condições e das concepções presentes nas instituições escolares é importante para que mudanças ocorram e não pode servir como ferramenta para culpabilizar os professores. A frequência dos professores nos encontros do Programa Educação permitiu observar uma transformação no decorrer da experiência. O grupo foi transformando as formas com que os professores lidavam com as situações difíceis. Atravessados pela experiência das discussões, das dúvidas, percebeu-se, nas discussões de caso, que eles traziam suas questões com mais delicadeza, mais crítica e considerando que suas atitudes também constituíam aquele cenário.

À primeira vista, os professores procuravam a origem, a explicação, de um mau comportamento somente na história do menino, às vezes da sua família, porém não consideravam que a escola, sua estrutura física e simbólica, poderiam estar envolvidas. Os professores não se inseriam na cena da agitação, da inquietação, da agressividade. Essa lógica de procurar a

responsabilidade fora do espaço escolar e de seus atores começa a mudar a partir da fala representada abaixo:

*[...] na escola tem muitos atores, e esses atores constituem o esse espaço escolar, que tem um papel no imaginário cultural e social, e que tem determinados lugares que esses papéis vão agir. Então apesar de serem pessoas que estão ali dentro, são pessoas com determinados papéis que geram determinados sofrimentos ou comportamentos. (Professor 2).*

O passo inicial foi perceberem que o ambiente era um ator importante, entretanto, ainda não se viam como parte dele. No segundo momento, conseguiam se inserir na cena e considerar que suas atitudes, como altura da fala, formato da informação, postura, linguagem corporal, também influenciavam de maneira significativa as atitudes dos estudantes; e mais além, perceber que os professores, o ambiente, também poderiam se encontrar em situação de sofrimento.

*O sofrimento psíquico que faz com que a vida fique um pouco mais difícil ele é muito evidenciado nos espaços escolares, infelizmente, e por todos que estão aí. Não são só os alunos não, tem também muito professor em sofrimento, muito gestor em sofrimento, muita tia da cozinha que está lá sofrendo. É preciso olhar para todo o ambiente. (Professor 4).*

Uma vez que o Programa Educação visa produzir mudanças nas práticas cotidianas escolares que favoreçam a permanência confortável dos alunos nesses espaços, ao cuidar do professor, constrói-se a possibilidade de ele cuidar do aluno. Ao ouvir ativamente o professor, abre-se a possibilidade deste passar a ouvir o aluno.

*Quando o professor se sente acolhido, ele consegue acolher o outro. (Professor 1).*

*A gente só consegue dar o que a gente tem. Se eu não estou bem, como é que eu vou proporcionar*

*algo para aquele aluno, como vou acolhê-lo, como é que eu vou lidar com todas aquelas questões? Se o professor recebe apoio, se se sente ouvido, e consegue estar emocionalmente melhor, é claro que a gente não vai dar conta de tudo, mas um pouquinho que a gente faz, já faz uma diferença. (Professor 3).*

*Eu venho com angústias, e às vezes uma fala que vocês trazem, de informações quanto ao acompanhamento no Capsij, ou às vezes nem trazem necessariamente muita orientação, em termos do que a gente tem que fazer, mas a gente consegue perceber que há um acolhimento. Então vocês acolhem nossa demanda, estão trazendo uma reflexão para a gente, e isso de certa forma, faz com que nós, lá na escola, consigamos perceber essas mudanças, inclusive nossas. Isso baixa um pouco nossa ansiedade, a nossa angústia, e nos chama a pensar de uma outra forma. A gente começa a ter outros olhares. (Professor 1).*

*No Educação sentimos respeito à opinião da escola. (Professor 4).*

*Aqui, o Educação, é um lugar que a gente pensa, escuta o outro, pensa, reflete e revê processos. (Professor 7).*

Sob essa troca de saberes, foram sendo construídos processos de inclusão que consideravam os limites e as necessidades de cada lado: da escola, do professor e da criança.

Foi apontado pelos participantes do grupo focal que a discussão de temas foi de suma importância para o seu trabalho:

*No Educação, eu aprendi a entender um pouco mais dessas crianças, até mesmo a ser mais humanizada com elas... vocês me ensinaram a ser uma profissional... aprendi a entender um pouco mais da mente. (Professor 3).*

*As discussões teóricas me ajudaram a ampliar minha visão. Via muita coisa aqui e depois ia buscar mais informações para aprofundar o conhecimento sobre o assunto. E, o fato de vocês disponibilizarem*

*o material teórico via e-mail é muito legal, pois permite que possamos usá-los em outros momentos. (Professor 2).*

*Gostaria que tivesse mais tempo para as discussões dos temas, talvez aumentar a frequência do encontro para ser duas vezes ao mês; com um encontro para discussão teórica e outro só para os casos. (Professor 4).*

Para concluir, ressalta-se a evidência de o programa ser considerado como um espaço de formação permanente e aprendizado para os educadores. Quando questionados quanto ao conteúdo apreendido nos encontros do EducAção, foram levantados três principais pontos: o conhecimento sobre as questões psíquicas e suas múltiplas formas de expressão; o aprofundamento sobre o desenvolvimento infantojuvenil de forma detalhada; e a apreensão do funcionamento da rede de atenção à saúde, suas possibilidades, e limites, de ação.

### **O papel do Programa EducAção no trabalho intersetorial**

Machado<sup>17</sup> aponta que as escolas encaminham aos serviços de saúde as crianças e os adolescentes em busca de um diagnóstico que justificaria os problemas de comportamento e as dificuldades de aprendizagem. A lógica do encaminhamento desresponsabiliza todos os autores envolvidos, transferindo problemas escolares e institucionais para a esfera individual, como um problema de saúde mental do estudante. Nesse contexto, pode-se reforçar a importância do papel da escola em identificar comportamentos e atitudes que fogem do dito como 'normal', e com os quais os educadores encontram dificuldade para lidar. Entretanto, o encaminhamento a outros setores não deve se limitar a si mesmo. Ou seja, o encaminhamento não é o fim, mas sim o início de um processo de cuidado que precisará contar com a escola como um dos atores.

É preciso garantir que a produção do cuidado de crianças e de adolescentes em

sofrimento psíquico aconteça em rede. Além disso, a construção e a tessitura da rede implicam um posicionamento metodológico, com produção de mudanças nas lógicas institucionais. Nesse sentido, a escola precisa estar inserida em uma rede que participa do processo de cuidado e constrói um conhecimento comum e compartilhado com os diversos parceiros: família, saúde, assistência social, entre outros<sup>3</sup>.

Na linha de construir uma comunicação intersetorial efetiva, trabalha-se, também, com os professores, o modo como os encaminhamentos se dão, quais as expectativas em relação a eles, quais avaliações a escola fez. De acordo com Machado<sup>18</sup>, o trabalho da saúde implica construir com a escola e professores a desnaturalização dos encaminhamentos, das queixas dos diagnósticos individualizados que, como tantos autores já demonstraram, deixam de culpabilizar as famílias, as crianças e os próprios professores.

Faltam livros, cadeiras, professores, atividades criativas, mas, mesmo assim, a culpa do baixo rendimento é da criança e do adolescente<sup>19</sup>.

Nasce a crença de que as faltas são de ordem individual e que é possível preencher o que falta. Como se a falta de indisciplina, atenção, esforço e concentração dos alunos e a falta de dedicação dos pais acontecessem por uma certa falta de vontade de mudar e lutar. Também é comum haver críticas de algumas professoras de que não se esforçam, como se a elas faltasse vontade de exercer suas funções<sup>19(120)</sup>.

Nas falas dos professores, observa-se o discurso pautado na dificuldade que tem sido trabalhar no ambiente escolar. Segundo eles, o trabalho na escola está cada vez mais difícil, pois, além de ensinar matemática, português, geografia, os professores precisam lidar com comportamentos autísticos, hiperatividades, desatenções; por isso referem precisar cada vez mais da ajuda de especialistas. Nesse sentido, constata-se que os professores se sentem incapazes de lidar com os desafios apresentados pelos diversos comportamentos dos alunos.

*Por isso eu acredito que precisamos cada vez mais de especialistas juntos, conosco, porque está ficando cada vez mais difícil trabalhar na escola. Os casos encaminhados para as salas de recursos chegam com queixas como problemas comportamentais graves, agressividade, fala sozinho, uso de substância. (Professor 1).*

Partindo desse ponto, na aproximação com a realidade escolar, foi possível desconstruir, aos poucos, o lugar hierarquizado do profissional da saúde como mantenedor de um conhecimento que precisa ser passado aos professores, ou do qual eles dependem para realizar suas ações para um lugar de troca de conhecimentos horizontal. Ao discutir o tema da medicalização, por exemplo, foi possível promover um espaço de reflexão aprofundada sobre o assunto, considerando os diversos pontos de vista. Nesse caminho, conseguiu-se encontrar alternativas para o sim e para o não quanto ao uso da medicação. Refletiu-se conjuntamente sobre os sintomas que podem ser amenizados com o uso de medicamentos, os efeitos colaterais e os riscos envolvidos no uso de determinadas drogas. Desse modo, resolver um mau comportamento com uso de medicação deixou de ser responsabilidade somente da equipe de saúde mental, mas sim de todos os envolvidos na situação.

Na rotina do trabalho, no contato frequente com as escolas, tinha-se a impressão de que faltava informação aos professores. Eles pediam conteúdos, aulas, protocolos de avaliação. Contudo, ao haver aproximação, desvelou-se uma necessidade de cuidado. Os professores careciam de pessoas disponíveis a ouvi-los, a dividir suas angústias, compartilhar suas dúvidas; que reconhecessem seu lugar de desamparo.

A situação de trabalho dos educadores é delicada. Salas com muitos alunos, pouco tempo para reflexão, para dispersão, para organização. Quando se sugeriu uma adaptação para um aluno, seja no horário de aula, seja no horário da saída, notou-se uma significativa dificuldade em flexibilizar as amarras institucionais – e, muitas vezes, os professores também se encontram atados a esses nós.

Nesse contexto, quando é relatada a

necessidade de ajuda pelo professor, que está cada vez mais difícil trabalhar na escola, que precisa cada vez mais de espaços de formação, reconhece-se a necessidade de mais informações e mais experiência para lidar com os desafios colocados pela situação educacional.

Oliveira<sup>20</sup>, ao relatar a experiência do Capsij Vila Prudente na aproximação com as escolas, enfoca quatro objetivos de trabalho que favorecem a formação permanente dos professores: promover identificação na instituição escolar de quais são as crianças com transtorno mental; favorecer o aprendizado quanto ao manejo com pacientes graves de saúde mental; identificar necessidades de crianças e adolescentes com queixa de aprendizagem e de comportamento; auxiliar na organização da demanda. O trabalho realizado pelo Capsij Vila Prudente vai ao encontro do que também foi efetivado pelo Capsij Campo Limpo, os pontos destacados para serem explorados se equivalem, contudo, a equipe do Campo Limpo sentiu-se convocada a extrapolar esse pedido. Nesse contexto, iniciou-se o trabalho de discussão de temas, e não mais de casos, com o plano de não focar mais no sujeito, no aluno problema, e sim nas relações que mantinham, ou não, determinado comportamento.

Cabe destacar o ponto em que se pode identificar que a noção de cuidado da escola em relação ao aluno se dá, principalmente, pelos encaminhamentos para outras áreas. Quando se perguntou aos professores se a escola era um ambiente de cuidado, as respostas eram exemplificadas por situações nas quais estes notaram algo de incomum e realizaram o encaminhamento para a saúde. Observar que algo está errado e realizar o encaminhamento é nomeado como cuidado.

Somente em uma das falas, a resposta incluía ações da escola em trabalhar o problema identificado dentro do ambiente escolar; e assim mesmo porque se tratou de uma situação limite. Nesse caso, a situação referia-se a uma aluna que apresentou tentativa de suicídio. A escola trabalhou o tema, com a ajuda da Unidade Básica de Saúde, por meio de palestras e de rodas de conversa com os professores, alunos e familiares.

A ação entre os dois setores de forma permanente e contínua começa a surtir efeitos quando os professores compreendem que a intersectorialidade é uma via de mão dupla, dinâmica e se constitui como apoio para profissionais de saúde e educação.

*Não tinha noção do que era essa articulação com a saúde. (Professor 1).*

*Eu mudei minha visão com relação ao serviço público de saúde. (Professor 9).*

*Esse contato com vocês nos ajuda a compreender melhor o sistema de saúde, e isso é muito importante. (Professor 7).*

*Eu acho importantíssimo essa aproximação da equipe multi daqui com o educador. Até ampliar, levar mais palestras, pois os professores estão necessitados dessas informações. (Professor 8).*

A compreensão do sofrimento psíquico, de como se estrutura o setor saúde e de como a parceria e a comunicação entre os setores pode ocorrer foi importante para os deslocamentos dos professores. As crianças e suas famílias atendidas pelo Capsij Campo Limpo encontram-se em situação de sofrimento psíquico e, por motivos variados, necessitam de um cuidado ampliado e articulado com outros setores. Segundo Delfini<sup>21</sup>, as dificuldades por elas apresentadas são complexas, multideterminadas, relacionadas com os contextos em que vivem; por isso, a atenção demandada é igualmente múltipla.

## Considerações finais

O Programa Educação se constituiu como espaço que favoreceu troca de experiências, vivências e informações entre os núcleos da saúde mental e educação.

A complexa dinâmica de trocas entre a saúde mental e a educação é permeada por contradições, diferentes visões, oposições,

contrapontos; entretanto, pensa-se ter construído um modelo compreensivo capaz de captar a heterogeneidade dos fenômenos analisados, preservando, assim, o processo vivo no interior do qual cada um dos profissionais, professores, educadores e técnicos, posicionava-se, revia e alterava sua posição em prol de um objetivo comum: o cuidado com a criança ou com o jovem.

A equipe do Capsij aprendeu acerca da dinâmica institucional escolar, conheceu as hierarquias que precisam ser respeitadas, apropriou-se da realidade do professor em sala de aula – suas implicações, desafios, peculiaridades.

Assimilar os detalhes do funcionamento das instituições educacionais, do cotidiano dos educadores, quantidade de alunos por sala, a relação entre a coordenação pedagógica, a direção e os professores – hierarquias institucionais – e se apropriar desse contexto foi de suma importância para planejar, coletivamente, as situações de inclusão que pautavam as reuniões. Acredita-se na capacidade da escola em lidar com os estudantes que desafiam a ordem e exigem que as regras sejam revistas, reprogramadas, às vezes, subvertidas.

Sob essa troca de saberes, foram construídos processos de inclusão que consideravam os limites e as necessidades de cada lado: da escola, do professor e da criança. Nos encontros propiciados pelos grupos focais e nas conversas com os professores, houve surpresa quanto ao fato de que o programa havia se constituído como um lugar de formação tanto para os professores quanto para a equipe do Capsij, assim como se apresentou como um lugar para o cuidado, a escuta e o acolhimento do professor.

## Colaboradoras

Silva CD (0000-0002-1952-1071)\* e Jurdi APS (0000-0002-1111-5562)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
2. Couto MCV, Delgado PGG. Presença viva no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CBO, organizadores. CAPSij e o desafio da gestão em rede. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 271-279.
3. Taño BL, Matsukura TS, Minatel MM. Atenção Psicossocial e intersetorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In: Fernandes ADSA, Taño BLT, Cid MFB, et al., organizadores. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 5.
4. Pinho LB, Kantorski LP, Olschowsky A, et al. Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. *Texto Contexto - enferm.* 2014 [acesso em 2021 set 14]; 23(1):65-73. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100065&lng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100065&lng=pt).
5. Inojosa RM. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad. FUNDAP (São Paulo)*. 2001; (22):102-110.
6. Taño BL. A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8803>.
7. Oliveira BDC. Análise das Políticas públicas Brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4309>.
8. Lins SRA, Matsukura TS, Taño BL et al. Professores, escola e saúde mental infantojuvenil: elementos para reflexão. In: Fernandes ADSA, Taño BLT, Cid MFB, et al., organizadores. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 48.
9. Rozek M, Martins GDF, Silva KFW, et al. Crenças e práticas de professores sobre a educação inclusiva. *Perspectiva*. 2020 [acesso em 2021 set 14]; 38(1):1-22. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2020.e63201>.
10. Lins SR. Saúde Mental infantojuvenil e inclusão escolar: desafios, demandas e proposição de formação continuada para professores. [tese]. 195 f. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2018.
11. Teixeira MR, Ferreira AO, Couto MCV. Atenção psicossocial e promoção de saúde mental nas escolas. In: Fernandes ADSA, Taño BLT, Cid MFB, et al. organizadores. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e Atenção Psicossocial. Santana de Parnaíba: Manole; 2021. p. 35.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Gatti AB. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro Editora; 2012. p.11.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70: São Paulo; 2016.
15. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2012. p. 141.
16. Winnicott DW. *Babies and their Mothers*. Merloyd Lawrence Book: Beverly; 1987.
17. Machado AM. Crianças de classe especial: Efeitos do encontro da saúde com a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

18. Machado AM. Plantão Institucional: um dispositivo criador. In: Marcondes A, Fernandes A, Rocha M, organizadores. *Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
19. Fernandes AMD, Accioly A, Souza DMD, et al. Histórias e práticas do sofrer na escola: múltiplos atos/atores na produção do “aluno-problema”. In: Marcondes A, Fernandes A, Rocha M, organizadores. *Novos Possíveis no Encontro da Psicologia com a Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
20. Oliveira MFAPB, Mendonça J. O CAPSI e a rede ampliada: intersetorialidade. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB. *O CAPSij e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 193-207.
21. Delfini PSS. *O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças*. [tese]. 2016. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

---

Recebido em 31/10/2021  
Aprovado em 12/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Efetividade da lei de prioridade dos idosos nas demandas judiciais de saúde no Rio de Janeiro

*Effectiveness of the law on priority for the elderly in health claims in Rio de Janeiro*

Aldilene Abreu de Azevedo<sup>1</sup>, Vania Reis Girianelli<sup>2</sup>, Renato José Bonfatti<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E610

**RESUMO** O crescimento da população idosa é um evento mundial. No Brasil, esse processo tem ocorrido de forma mais acelerada. O estudo teve por objetivo avaliar a efetividade da lei de prioridade dos idosos quanto à tramitação processual das demandas judiciais de saúde na Comarca da Capital na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Foi realizado um estudo transversal descritivo dos processos distribuídos no período de 2018 a 2019. Um total de 1.040 processos foi identificado, mas apenas 240 elegíveis (23%). O serviço de assistência domiciliar foi a principal demanda (26,3%), em particular, para os idosos com 80 anos ou mais (54,7%). A efetividade jurídica da lei de prioridade para faixa etária de 60 a 79 anos foi 86%, e 97,3% para os demais idosos. O tempo de tramitação do processo, entretanto, foi menor para os adultos maduros do que para as pessoas idosas ( $p = 0,020$ ) e similar entre idosos com 80 anos ou mais e demais idosos ( $p = 0,400$ ). O acompanhamento da repercussão dessa lei na sociedade é fundamental, pois o idoso se encontra em uma fase da vida em que a questão temporal é essencial, principalmente quando a demanda está relacionada com a saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Direitos dos idosos. Idoso de 80 anos ou mais. Legislação. Direitos humanos. Judicialização da saúde.

**ABSTRACT** *The growth of older adults is a global event. The study aimed to evaluate the effectiveness of the law on priority for the elderly in relation to the procedural processing of health claims made in the Lower Courts of Justice of the judicial district of the Capital of Rio de Janeiro State. A descriptive cross-sectional study of the proceedings assigned in the period from 2018 to 2019 was conducted. The total sample included 1,040 identified cases, but only 240 were eligible (23%). Most claims were related to home care services (26.3%), particularly for adults aged 80 years and over (54.7%). The legal effectiveness of the law for the 60- to 79-year-old age group was 86% and 97.3% for other elderly people. The processing time of the lawsuits, however, was shorter for mature adults than for older people ( $p=0,020$ ) and similar between older adults aged 80 years or above and other elderly adults ( $p=0,400$ ). Monitoring the impact of this law on society is essential, older people are at a stage of life in which the issue of time is essential, particularly when the claim is related to health.*

**KEYWORDS** *Aged rights. Aged, 80 and over. Legislation. Human rights. Health judicialization.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [aldilene27@hotmail.com](mailto:aldilene27@hotmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O crescimento progressivo da população idosa é um evento mundial<sup>1</sup>. Em alguns países, como Brasil, China e Índia, tem ocorrido um processo de transição demográfica mais acelerado<sup>2</sup>. No Brasil, a população idosa quase dobrou entre os últimos dois censos, mas com grandes diferenças regionais, sendo os estados do Rio de Janeiro (20,4%) e do Rio Grande do Sul (19,8%) os que apresentam a maior proporção de idosos do País<sup>3</sup>. Antes da pandemia da Covid-19, estimava-se que os idosos corresponderiam a 29,4% da população em 2050<sup>4</sup>.

A vulnerabilidade física, que decorre do processo natural de envelhecimento, leva os idosos a buscar mais assistência à saúde do que os demais grupos etários. Isso tem contribuído para um aumento de ações judiciais para garantir direitos a medicamentos, atendimentos e outras demandas<sup>5</sup>. Apesar de as legislações existentes garantirem os direitos fundamentais dos idosos, em particular, dos idosos com 80 anos ou mais<sup>6</sup>, nem sempre elas são efetivas, ou seja, são aplicadas como previstas.

O direito e a saúde pública estão intimamente ligados, moldando a forma como as pessoas interagem e vivenciam o mundo ao seu redor. As leis podem contribuir para a melhoria das comunidades, em especial, nas ações voltadas para a saúde da população, sendo fundamental compreender sua repercussão na coletividade<sup>7</sup>.

Desse modo, o objetivo deste artigo é avaliar a efetividade da lei de prioridade dos idosos quanto à tramitação processual das demandas judiciais de saúde na Comarca da Capital na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ).

## Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal descritivo, sobre as demandas judiciais de saúde que tramitaram na 1ª Instância da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro. Os processos foram extraídos do

sítio eletrônico do TJRJ, com distribuição no período de 2018 a 2019. Os processos foram acessados pelo nome da parte ré, sendo considerados os dois planos de saúde com maior número de beneficiários (Amil e Unimed) com vigência no município do Rio de Janeiro<sup>8</sup>, que tramitaram na competência Cível. Foram excluídos os processos cuja parte autora era menor de 40 anos e cujas demandas não estavam relacionadas com a assistência à saúde; bem como os processos que não foram digitalizados e que constam no sistema apenas como físico.

Em relação às características dos idosos, foram avaliadas as variáveis: grupo etário (40 a 59 anos, 60 a 79 anos e  $\geq 80$  anos), sexo (masculino e feminino), estado civil (casado ou união consensual, solteiro, viúvo, divorciado, ignorado), nacionalidade, aposentado, município de residência (capital e demais municípios). No que se refere às características do processo, foram avaliadas as variáveis: preposto (advogado, defensor público); réu (Amil, Unimed); distribuição da ação em plantão judiciário; tipo de ação (inicial ou tutela de urgência antecipada, pedido que ocorre antes da propositura da ação); vara de distribuição do processo; liminar, ou seja, pedido urgente e fundamentado, apreciado pelo juiz no início do processo, sem ouvir a parte contrária, (deferida e cumprida, deferida e não cumprida, indeferida, não solicitada), causa do óbito relacionada com o pedido, desfecho do processo (deferido, indeferido, processo não julgado ou mérito não julgado), causa do mérito não julgado (acordo entre as partes, resolvido administrativamente, desistência, abandono, óbito, erro processual), tipo de erro processual (declínio de competência, com remessa ao juízo competente; não pagamento das custas; ausência de pressuposto processual, ou seja, sem requisitos jurídicos necessários para propositura da ação). Quanto ao tipo de demanda, foram incluídas aquelas relacionadas com a assistência à saúde: internação hospitalar; fornecimento de medicamentos; realização de exames; fornecimento de insumos de saúde; realização de cirurgia; internação ou assistência domiciliar, entre

outros. Os medicamentos solicitados também foram classificados quando à existência de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) e se para uso *off label* (tratamento de doenças não registradas na bula do medicamento).

Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas, estratificando por grupo etário; sendo comparados os adultos maduros (40 a 59 anos) com os idosos ( $\geq 60$  anos), e pessoas com 80 anos ou mais com os demais idosos (60 a 79 anos). O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário.

Adicionalmente, foi calculado o tempo mediano de tramitação do processo (entre distribuição e decisão judicial e entre decisão judicial e a publicação); utilizando o método de Kaplan Meier, estimação não paramétrica do tempo de ocorrência<sup>9</sup>. Nessa análise, foram excluídos os erros processuais (produção de documento feita de maneira diferente do solicitado, troca do nome do autor na sentença etc.). Os desfechos de interesse foram a decisão judicial e a publicação da decisão judicial, sendo censurados os processos na data em que ocorreu o acordo entre as partes (acordo consensual com posterior homologação do juiz), resolução administrativa (autor teve pedido atendido na esfera administrativa), desistência (informada formalmente no processo judicial), abandono da ação, ou óbito anterior à decisão judicial. Os processos não julgados foram censurados em 31 de dezembro de 2020. Foram construídas curvas do tempo de tramitação do processo, estratificadas por grupo etário. O teste Log-rank foi calculado para comparar as curvas de tempo, sendo consideradas diferentes quando o respectivo valor de  $p$  foi  $\leq 0,05$ <sup>9</sup>.

A lei foi classificada em efetividade jurídica quando houve pedido do preposto de celeridade do processo em função da lei, ou se foi considerado pelo juiz de ofício mesmo sem o preposto solicitar. Também foi classificada como efetividade social, ou seja, impacto da lei na sociedade, se o tempo de tramitação dos processos foi menor para as pessoas de 80 anos ou mais do que para os demais idosos (60 a 79 anos); e para as pessoas idosas ( $\geq 60$  anos) do que para os adultos maduros (40 a 59 anos).

Os dados foram armazenados no programa Excel<sup>®</sup>, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

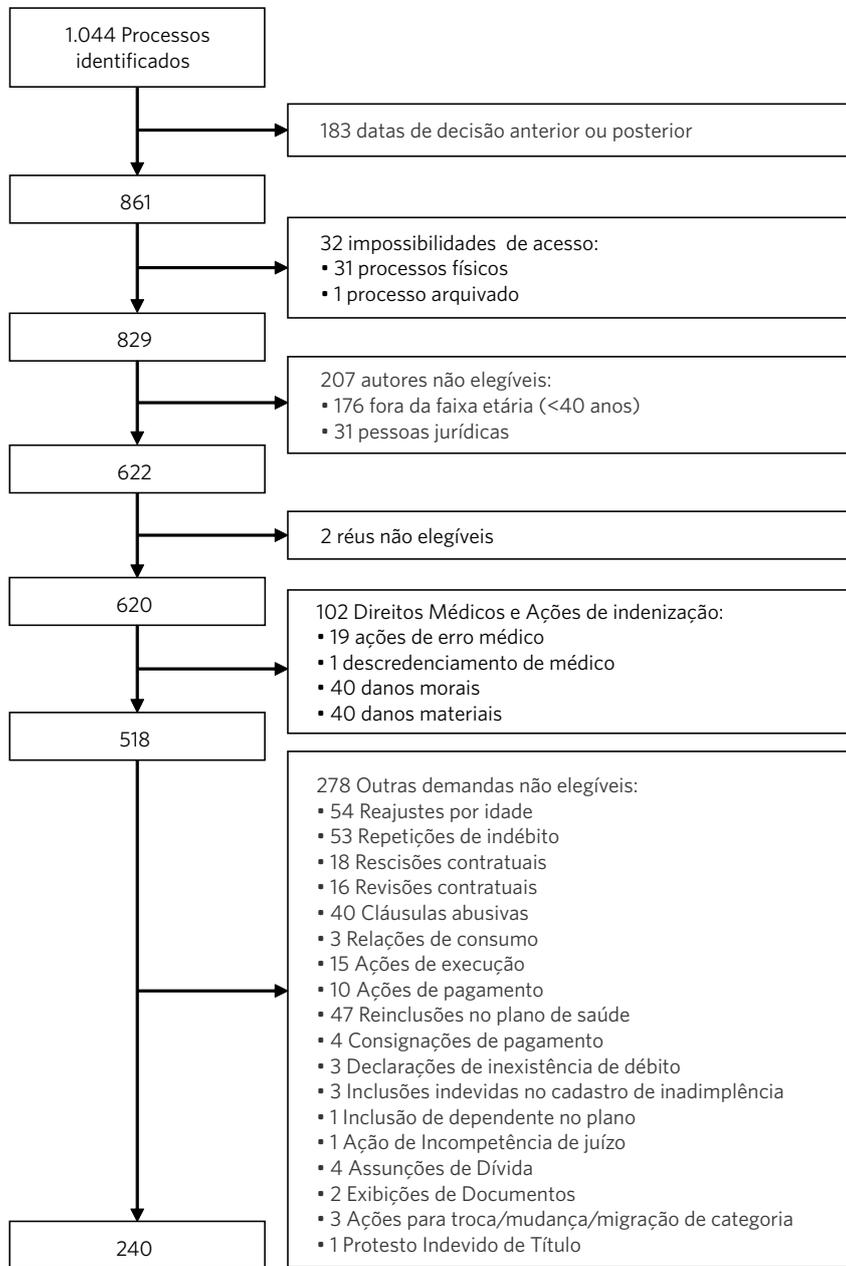
A interpretação dos resultados, relacionada com as decisões judiciais, foi fundamentada nas normas da Lei dos Planos de Saúde, nas resoluções normativas e atribuições da ANS, na relação de consumo à luz do Código de Defesa do Consumidor, nos direitos fundamentais previstos na Constituição e nas decisões dos Tribunais brasileiros sobre ações em face dos planos de saúde, bem como súmulas e jurisprudências.

O estudo obteve dispensa de análise ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), número 04/2020.

## Resultados

Foram identificados 1.044 processos judiciais (*figura 1*). Desses, apenas 240 processos (23%) foram elegíveis para o estudo. Os autores idosos ( $\geq 60$  anos) foram 196 (81,7%), sendo 75 (31,3%) com 80 anos ou mais (*tabela 1*). Entre as pessoas idosas, houve um maior percentual de viúvos, aposentados e brasileiros em relação aos adultos maduros ( $p \leq 0,045$ ), com destaque para os com 80 anos ou mais que apresentaram percentual ainda maior de viúvos e aposentados do que as demais pessoas idosas ( $p \leq 0,008$ ).

Figura 1. Diagrama do procedimento para identificação dos processos judiciais relacionados com a saúde dos adultos maduros e pessoas idosas na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019



Fonte: elaboração própria.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas por grupo etário dos autores dos processos ajuizados na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Características	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sexo</b>												
Masculino	107	44,6	16	36,4	91	46,4	0,296	62	51,2	29	38,7	0,116
Feminino	133	55,4	28	63,6	105	53,6		59	48,8	46	61,3	
<b>Município de residência</b>												
Capital	218	90,8	36	81,8	182	92,9	0,045	111	91,7	71	94,7	0,624
Outros	22	9,2	8	18,2	14	7,1		10	8,3	4	5,3	
<b>Estado Civil</b>												
Solteiro	41	17,1	15	34,1	26	13,3	0,005	17	14,0	9	12,0	<0,001
Casado ou união consensual	101	42,0	17	38,6	84	42,9		61	50,4	23	30,7	
Divorciado	31	12,9	6	13,6	25	12,8		19	15,7	6	8,0	
Viúvo	51	21,3	3	6,8	48	24,5		19	15,7	29	38,7	
Ignorado	5	2,1	3	6,8	13	6,6		5	4,1	8	10,7	
Aposentado												
Sim	187	77,9	16	36,4	171	87,2	<0,001	99	81,8	72	96,0	0,008
Não	53	22,1	28	63,6	25	12,8		22	18,2	3	8,3	
<b>Nacionalidade</b>												
Brasileiro	225	93,8	43	97,7	182	92,9	0,389	116	95,9	66	88,0	0,073
Estrangeiro	15	6,3	1	2,3	14	7,1		5	4,1	9	12,0	

Fonte: elaboração própria.

Os adultos maduros ajuizaram um percentual maior de ações contra a Amil do que as pessoas idosas ( $p = 0,049$ ) (tabela 2). Apenas 17,5% dos processos foram propostos pela defensoria pública. O plantão judiciário, que atende às demandas urgentes e fora do horário de expediente, recebeu 35,8% das postulações judiciais. A peça processual mais utilizada para instauração processual foi a Petição Inicial (96,7%). A maioria dos processos foi deferida (45,4%), mas a proporção de acordo ou resolução administrativa foi maior entre os adultos maduros (18,2%) do que entre as pessoas idosas

(6,6%), enquanto os processos não julgados (23%) e os óbitos antes da decisão judicial (12,8%) foram proporcionalmente maiores entre as pessoas idosas do que entre os adultos maduros (13,6% e 4,5% respectivamente), mas não foi estatisticamente significativo ( $p = 0,118$ ), provavelmente pelo pequeno tamanho da amostra em algumas categorias. Ademais, o óbito antes do julgamento foi proporcionalmente maior entre as pessoas de 80 anos ou mais (20%) do que entre os demais idosos (8,3%), embora também não estatisticamente significativo ( $p = 0,134$ ).

Tabela 2. Distribuição das características dos processos por grupo etário dos autores ajuizados na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Características	Total		40 a 59 anos		60 anos e mais		p valor	60 a 79 anos		80 anos e mais		p valor
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Réu (Plano de Saúde)</b>												
Amil	140	58,3	31	70,5	109	55,6	0,049	72	59,5	37	49,3	0,213
Unimed Rio	100	41,7	13	29,5	87	44,4		49	40,5	38	50,7	
<b>Preposto</b>												
Advogado	198	82,5	37	84,1	161	82,1	0,93	99	81,8	62	82,7	1,00
Defensoria Pública	42	17,5	7	15,9	35	17,9		22	18,2	13	17,3	
<b>Plantão Judiciário</b>												
Sim	86	35,8	17	38,6	69	35,2	0,799	44	36,4	25	33,3	0,781
Não	154	64,2	27	61,4	127	64,8		77	63,6	50	66,7	
<b>Tipo de Ação</b>												
Inicial	232	96,7	42	95,5	190	96,9	0,975	117	96,7	73	97,3	1,00
Tutela de urgência antecipada*	8	3,3	2	4,5	6	3,1		4	3,3	2	2,7	
<b>Desfecho do processo</b>												
Deferido	109	45,4	20	45,5	89	45,4	0,118	59	48,8	30	40,0	0,134
Indeferido	9	3,8	2	4,5	7	3,6		3	2,5	4	5,3	
Mérito não julgado devido a um acordo ou resolvido administrativamente	21	8,8	8	18,2	13	6,6		11	9,1	2	2,7	
Mérito não julgado devido a desistência ou abandono	16	6,7	4	9,1	12	6,1		7	5,8	5	6,7	
Mérito não julgado devido a óbito.	27	11,3	2	4,5	25	12,8		10	8,3	15	20,0	
Mérito não julgado devido a erro processual.	7	2,9	2	4,5	5	2,6		3	2,5	2	2,7	
Não julgado	51	21,3	6	13,6	45	23,0		28	23,1	17	22,7	

Fonte: elaboração própria.

\* Pedido de urgência que ocorre antes da propositura da ação. Caso seja concedido, o autor deverá aditar essa petição em até 15 dias ou em prazo maior que o juiz fixar. Se não for realizado no prazo, o processo é extinto.

Um autor de 75 anos não solicitou o pedido de liminar, pois obteve acordo administrativo para realização da cirurgia. Também ocorreram duas desistências da ação antes da decisão da liminar entre os adultos maduros: uma referia-se à solicitação de transferência hospitalar, e a outra, à realização de exames. Duas limitares de autores idosos foram suspensas: em uma, o autor cometia crime de fraude contra a instituição, sendo indiciado criminalmente; e a outra, devido ao laudo pericial judicial comprovar que não havia necessidade da oferta do serviço domiciliar. Adicionalmente, ocorreram três óbitos em pessoas idosas antes da decisão

da liminar, mas que não estavam relacionadas com as demandas processuais.

Entre as 232 limitares que foram avaliadas, a maioria foi deferida e cumprida (66,8%), e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários ( $p \geq 0,583$ ). Das limitares deferidas e não cumpridas, as demandas referiam-se principalmente a internação ou assistência domiciliar (38,9%); e as indeferidas, a cirurgia (24,9%) e internação ou assistência domiciliar (24,9%).

Das 191 limitares que foram deferidas, os planos de saúde recorreram de 79 (41,4%), enquanto das 41 limitares indeferidas, os autores

recorreram de 20 ações (48,8%); interpondo recurso processual denominado agravo de instrumento, que é utilizado para alegação de improcedência de liminar.

A principal demanda foi o serviço de internação ou assistência domiciliar (26,3%), seguida pela solicitação de cirurgia (19,2%)

e medicamento (17,5%) (tabela 3). Entre os adultos maduros, foram a solicitação de medicamento (25%) e a cirurgia (15,9%); entre as pessoas idosas de 80 anos ou mais, predominou a solicitação de serviço de internação ou assistência domiciliar (54,7%); e entre os demais idosos, medicamento (23,1%) e cirurgia (21,5%).

Tabela 3. Distribuição das demandas de saúde por grupo etário dos autores ajuizadas na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

Demanda	Total		40 a 59 anos		60 a 79 anos		80 anos e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internação Hospitalar	22	9,2	5	11,4	11	9,1	6	8,0
Medicamento	42	17,5	11	25,0	28	23,1	3	4,0
Cirurgia	46	19,2	7	15,9	26	21,5	13	17,3
Transplante	9	3,8	2	4,5	6	5,0	1	1,3
Realização de Exames	12	5,0	5	11,4	6	5,0	1	1,3
Transferência Hospitalar	4	1,7	2	4,5	1	0,8	1	1,3
Internação ou assistência domiciliar	63	26,3	4	9,1	18	14,9	41	54,7
Fornecimento de insumos	6	2,5	1	2,3	3	2,5	2	2,7
Quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise	7	2,9	0	0,0	5	4,1	2	2,7
Serviços	7	2,9	1	2,3	4	3,3	2	2,7
Tratamento médico	22	9,2	6	13,6	13	10,7	3	4,0
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaboração própria.

A maioria das demandas foi deferida (45,4%) ou ainda não foi julgada (21,3%). Das nove ações indeferidas, três eram solicitações de serviço de internação ou assistência domiciliar para idosos de 80 anos ou mais, duas para tratamento de eletroconvulsoterapia e fisioterapia, uma para cirurgia eletiva de reconstrução de mama e exérese de lesão de mama guiada por marcação estereotáxica, e uma para medicamento não registrado na Anvisa.

Em relação à cirurgia, 56,5% foram deferidas, e 13%, atendidas por meio de acordo entre as partes ou resolução administrativa com a própria operadora de saúde, mas 17,4% ainda aguardavam decisão judicial. Nenhuma das nove solicitações de transplante foi indeferida, embora três óbitos

tenham ocorrido antes do julgamento e dois ainda aguardavam a decisão judicial.

Dos 42 medicamentos solicitados, 10 (22,8%) tinham registro na Anvisa e pertenciam ao rol da ANS, sendo que 1 era para uso *off label* e foi obtido por acordo com o plano de saúde. Não pertenciam ao rol da ANS 26 medicamentos (61,9%), sendo 5 para uso *off label* em que 4 foram deferidos e 1 o autor faleceu antes da decisão judicial. Não tinham registro na Anvisa 6 (14,3%), mas 3 foram deferidos.

Dos 21 medicamentos com registro na Anvisa, mas ainda não listados no rol da ANS, a maioria refere-se a novos medicamentos indicados para tratamento de câncer, como o Ibrance® (Palbociclibe) utilizado para câncer de mama

avançado ou metastático, o alectinibe (Alecensa®) e o pemetrexede (Alimta®) para câncer de pulmão, e o regorafenibe (Stivarga®) para tumores estromais gastrintestinais (GIST) metastáticos ou não ressecáveis, carcinoma hepatocelular (CHC) e câncer colorretal (CCR) metastático.

A efetividade jurídica da lei de prioridade para pessoas idosas foi alta, sendo 86% para a faixa etária de 60 a 79 anos e 97,3% para a prioridade especial daqueles com 80 anos e mais. Além disso, em seis processos em que o advogado não solicitou prioridade, o juiz deu de ofício, sendo cinco na faixa etária de 60 a 79 anos e um de 95 anos, aumentando a efetividade para 90,1% e 98,7% respectivamente.

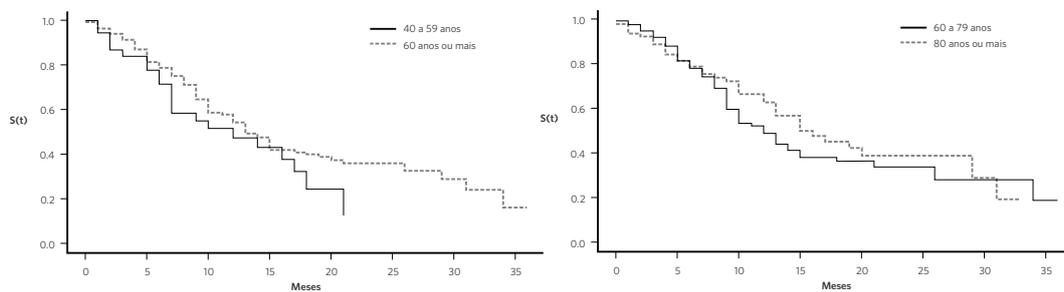
Em relação ao tempo de tramitação do processo, a mediana foi de 13 meses entre a distribuição e a decisão judicial, sendo menor para os adultos maduros do que para as pessoas

idosas ( $p = 0,020$ ), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre as pessoas com 80 anos ou mais e demais idosos ( $p = 0,400$ ) (figura 2a).

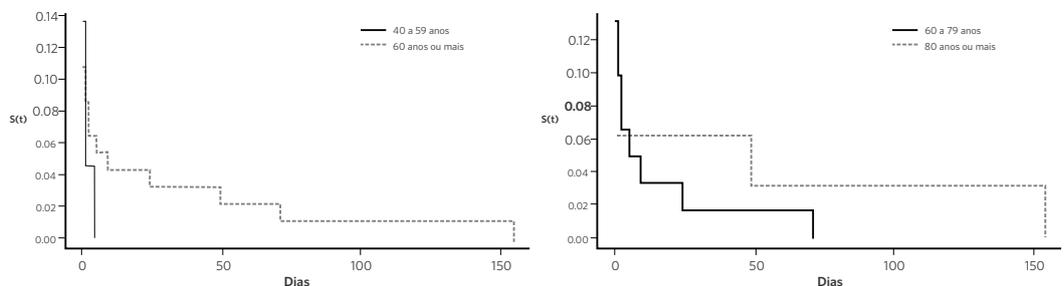
Das 118 decisões judiciais ocorridas no período, a maioria foi publicada no mesmo dia (86,4%). O tempo para publicação, no entanto, foi maior entre os idosos do que os adultos maduros ( $p = 0,500$ ) e entre as pessoas de 80 anos e mais do que os demais idosos ( $p = 0,700$ ), embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra (figura 2b). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo entre a distribuição do processo e a decisão da liminar, tanto para adultos maduros e pessoas idosas ( $p = 0,200$ ) quanto entre as pessoas de 80 anos e mais do que os demais idosos ( $p = 0,600$ ).

Figura 2. Curvas de tempo entre a distribuição do processo e a decisão judicial (a e b) e entre a decisão judicial e a publicação (c e d) por grupo etário na 1ª Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2019

### 2a. Curvas de tempo entre a distribuição do processo e a decisão judicial



### 2b. Curvas de tempo entre a decisão judicial e publicação



Fonte: elaboração própria.

## Discussão

O presente estudo identificou 1.044 processos judiciais na 1ª Instância do TJRJ, mas apenas 240 foram elegíveis (23%). O procedimento de identificação impossibilita restrições de características e a exclusão de aspectos sem interesse para pesquisa, tornando o processo mais complexo e moroso. As pessoas idosas constituíram 81,7% dos autores, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários para as características processuais e socioeconômicas estudadas, exceto as relacionadas com a idade, como aposentadoria, viuvez e óbito durante o processo.

O estudo constatou que houve efetividade da lei de prioridade para as pessoas idosas (90,1%), bem como da lei de prioridade especial para os idosos com 80 anos ou mais (98,7%), mas não houve efetividade social. Os operadores do direito cumpriram a norma jurídica, contudo, o objetivo da norma, que é dar prioridade processual aos idosos, tornando-a mais célere, não foi alcançado. Neste estudo, os adultos maduros apresentaram um tempo de tramitação processual mais célere do que os idosos. Em estudo anterior<sup>10</sup>, com base dos processos da 2ª Instância, foi observado que não houve nem efetividade jurídica nem efetividade social na lei de prioridade especial para os idosos com 80 anos ou mais. Os autores ressaltaram que o resultado encontrado provavelmente ocorreu devido ao pouco tempo que a lei se encontrava em vigor e pelo fato de o sistema do TJRJ, no período da pesquisa, disponibilizar apenas a alternativa de prioridade para idoso durante protocolo de uma ação, sem fazer distinção entre as faixas etárias dos idosos.

O direito à prioridade dos idosos com 80 anos ou mais encontra-se bem delimitado no Estatuto do Idoso<sup>6,11</sup>, mas a forma que ele deve ser exercido encontra-se no Código do Processo Civil<sup>12</sup>, e este apresenta interpretações distintas. Para alguns juristas<sup>13</sup>, deve ser interpretado de forma simples, ou seja, basta que seja anexado um documento que

comprove a idade do autor para que este obtenha de forma automática o direito à prioridade. Para outros, o direito à prioridade deve ser solicitado pelo preposto e concedido pelo magistrado após a comprovação de que faz jus a tal benefício. Na prática, a maioria dos prepostos costuma solicitar no corpo de suas ações iniciais o pedido de prioridade de tramitação processual de forma fundamentada.

Além dessa fundamentação, também é muito comum encontrar no início da ação a sinalização desse direito. Logo, pode-se supor que, se o direito à prioridade fosse determinado apenas pelo simples anexo do documento do autor, não haveria essa insistência dos prepostos que tanto almejam conseguir a prioridade para os idosos. Tal comportamento não é exclusivo dos advogados, também é encontrado nas peças processuais da Defensoria Pública com o mesmo formato de solicitação. Atualmente, o sistema do TJRJ já possibilita a solicitação de prioridade durante o protocolo da ação processual por meio do preenchimento apenas da data de nascimento, além do anexo de documentos de requisitos obrigatórios para propositura da ação. Não apresenta, no entanto, nenhuma transparência em relação de como se procede à tramitação processual dos idosos e se a prioridade realmente está sendo exercida.

A efetividade da lei de prioridade, conhecida como superprioridade, suscitada nas demandas judiciais de saúde, mostrou-se totalmente artificial, pois não apresentou materialidade na sociedade; apesar de existir e ser válida, não atingiu a finalidade social para a qual foi produzida. O direito deve ser criado à imagem de sua sociedade, revelando seus valores e anseios<sup>14</sup>, logo, a criação de uma norma, que teve respeitado seu período de adaptação social e mesmo assim não consegue corresponder ao seu objetivo, demonstra ser uma mera criação teórica e abstrata<sup>15</sup>, necessitando de acompanhamento da sociedade para pressionar a sua efetivação.

Uma limitação do estudo foi a impossibilidade de realização de estratificação do tempo de tramitação por tipo de demanda, desfechos processuais

e situações de urgência e emergência, (apesar de apreciadas nas liminares) devido ao insuficiente tamanho da amostra. Um maior percentual de acordo entre as partes ou resolução administrativa foi realizado pelos adultos maduros do que pelas pessoas idosas, o que, de certa forma, reduz o tempo do trâmite processual.

O serviço de internação ou assistência domiciliar foi a principal demanda (26,3%), sendo maior entre as pessoas idosas com 80 anos ou mais (54,7%). Talvez essa demanda seja mais evidente entre usuários de planos de saúde, pois a lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde<sup>16</sup> não inclui a assistência à saúde no ambiente domiciliar entre as coberturas obrigatórias, apenas garantindo o fornecimento de alguns serviços, produtos e medicamento específico. Os pacientes que necessitam desse serviço ainda encontram o entrave de não haver previsão no rol de coberturas obrigatórias da ANS, como também alguns planos de saúde o excluem das cláusulas contratuais o direito a cobertura de tal procedimento. A ANS regulamentou esse serviço determinando que, caso a operadora de saúde ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências da Anvisa<sup>17</sup> e ao previsto na Lei dos Planos de Saúde<sup>16</sup>. Ademais, quando ocorre o pedido direto de assistência domiciliar sem que seja em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Apesar desses obstáculos, as ações judiciais propostas com essa demanda têm obtido êxito em sua maioria quando há indicação expressa do médico assistente. Neste estudo, apenas três foram indeferidas. Os tribunais, geralmente, tendem a seguir o pedido do médico em relação à negativa do plano de saúde em fornecer o serviço. Adicionalmente, o Tribunal de Justiça de São Paulo tem sido referência para todos os outros tribunais do País para fundamentar o pedido<sup>18</sup>. Os prepostos também têm utilizado o argumento financeiro, ou seja, os custos de manutenção de um paciente internado em seu

domicílio são consideravelmente inferiores aos de uma internação hospitalar, demonstrando que é mais vantajosa economicamente para o próprio plano de saúde.

A segunda demanda mais frequente foi a cirurgia (19,2%). Um dos aspectos a ser considerado é o tempo de carência estipulado no contrato, pois, normalmente, cada procedimento cirúrgico tem um tempo mínimo estabelecido para sua realização, usualmente, cirurgias eletivas podem ser realizadas após 180 dias da assinatura do contrato. Se a cirurgia for de urgência ou emergência, normalmente o prazo é de 24 horas ou imediato, quando há risco de morte<sup>16</sup>, mas esses são prazos máximos, podendo a operadora de saúde reduzi-los ou extingui-los como lhes convier, o que normalmente é usado como estratégia de mercado<sup>19</sup>. A súmula 597 do Superior Tribunal de Justiça (STJ)<sup>20</sup> também considera abusivos os contratos que ultrapassam 24 horas para ter direito à assistência nos casos de emergência ou urgência. Atualmente, contudo, encontram-se em tramitação na Câmara dos Deputados alguns projetos de lei que buscam alterar a Lei dos Planos de Saúde com o objetivo de isentar o beneficiário do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência e para reduzir para 120 dias o período de carência nas internações hospitalares<sup>21</sup>.

Já as cirurgias solicitadas em decorrências de lesões e/ou doenças preexistentes seguem outro critério, pois atualmente o plano de saúde realiza uma avaliação médica antes para o preenchimento de formulário sobre saúde, como também é dever do contratante informar se tem alguma doença ou lesão preexistente; isso não inviabiliza pedidos de cirurgias, mas o prazo para sua realização será maior, em geral, 24 meses. Contudo, há cirurgias que não possuem coberturas, como cirurgias meramente estéticas, experimentais, tratamentos e intervenções, invasivas ou não, sem comprovação científica.

Em relação ao transplante, a ANS determina a cobertura de alguns tipos (rim, córnea e medula) para os planos que oferecem

assistência hospitalar, que também são obrigados a cobrir todas as despesas relacionadas<sup>22</sup>, que vão muito além do próprio ato cirúrgico. Além disso, o paciente candidato ao transplante de rim ou córnea proveniente de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), integrando a fila única nacional, coordenada pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT)<sup>23</sup>.

A demanda por medicamentos correspondeu a 17,5% das solicitações. A obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos pelos planos de saúde ainda é muito discutida pelos estudiosos, principalmente medicamentos que não fazem parte do rol da ANS e para uso *off label*. No Brasil, todo medicamento, para ser fabricado e vendido, deve ter registro na Anvisa, e para ser aprovado, são realizados testes e análises que demonstrem sua qualidade, eficácia e segurança garantindo que o tratamento tenha um impacto positivo na saúde da população<sup>24</sup>. A ANS apresenta um rol de procedimentos e eventos em saúde, atualizado a cada dois anos, com a lista obrigatória de consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos que devem ser oferecidos aos beneficiários. Esse rol é destinado aos contratantes de planos novos, ou seja, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à lei; caso contrário, a cobertura será a que estiver determinada em seu contrato, podendo o beneficiário adaptar ou migrar para outro plano a qualquer momento, passando a ser considerado integrante dos planos novos<sup>19</sup>. No último rol publicado<sup>22</sup>, ocorreram importantes incorporações, como, por exemplo, oito medicamentos orais para o tratamento de câncer.

A discussão sobre o uso de medicamentos *off label* tem sido tema de relevância tanto para saúde pública quanto para suplementar. Medicamentos *off label* têm predominância em determinadas situações clínicas, como a oncologia e em determinadas faixas etárias, tais como idosos, gestantes e crianças, devido à dificuldade e/ou impossibilidade da realização de ensaios clínicos entre esses grupos<sup>25</sup>. A

questão, contudo, é quando o pedido de medicamento é negado pelo plano de saúde, pois apresenta graus de complexidades distintos entre esses tipos de demandas. O medicamento que tem registro na Anvisa com cobertura no rol da ANS não terá a mesma dificuldade do que os demais para ser obtido, visto que se enquadra nos critérios legais estabelecidos para sua solicitação. Desse tipo de medicamento solicitado, não houve nenhum indeferimento. O medicamento que tem registro na Anvisa sem cobertura no rol da ANS poderia ser interpretado como uma demanda com maior grau de dificuldade para sua obtenção, mas, sobre essa questão, encontramos distintos entendimentos nos tribunais.

Alguns entendem que o plano de saúde tem o dever jurídico de tratar as enfermidades previstas no contrato, mesmo sem reconhecimento da ANS ou Anvisa. Outros, por sua vez, entendem que rol da ANS é meramente exemplificativo, e não taxativo, não constituindo motivo idôneo para a negativa de sua cobertura. Na tentativa de pacificar a matéria, a quarta turma do STJ adotou o entendimento de que o rol da ANS não é meramente exemplificativo, tratando-se de um mínimo obrigatório para as operadoras de planos de saúde<sup>26</sup>. Apesar da terceira turma do mesmo Tribunal apresentar entendimento em sentido contrário, ou seja, de que a lista da ANS seria meramente exemplificativa, o fato de um procedimento não constar da lista não desobriga o plano de custeá-lo caso seja indicado pelo médico para tratar doença prevista no contrato.

No que se refere propriamente à juridicidade da prática médica consistente na prescrição *off label*, não existe nenhuma norma de natureza legislativa ou deontológica que autorize ou vede expressamente as referidas práticas no contexto nacional<sup>27</sup>. A própria Anvisa apresenta um posicionamento relativizado em relação à prescrição *off label* quando informa que seu uso é de responsabilidade do médico que prescreve, e que pode incorrer eventualmente em um erro médico, mas reconhece que há prescrições *off label* essencialmente

corretas, que apenas ainda não foram devidamente aprovadas. Ainda acrescenta, em seu entendimento, a importância dessas prescrições em doenças raras, pois possivelmente nunca haverá indicações dessas doenças na bula do medicamento, uma vez que jamais serão estudadas por ensaios clínicos<sup>17,22</sup> devido ao tamanho de amostra ser insuficiente para ter poder para realização do estudo.

A quarta turma do STJ decidiu que os planos têm de cobrir uso *off label* de medicamentos com registro na Anvisa<sup>28</sup>. Essa decisão unifica o entendimento do tribunal sobre a questão, já que a terceira turma havia se posicionado no mesmo sentido, ou seja, falta de indicação específica na bula não é motivo para a negativa de cobertura do tratamento. Os ministros entenderam que

*off label* corresponde ao uso essencialmente correto de medicamento aprovada em ensaios clínicos e produzida sob controle estatal, apenas ainda não aprovado para determinada terapêutica<sup>28</sup>.

Sobre o profissional responsável pela prescrição do uso *off label*, o Ministro relator Luis Felipe Salomão ratificou que a competência para editar normas que definem quando se trata de caráter experimental de um tratamento médico é privativa do Conselho Federal de Medicina, razão pela qual não pode a ANS nem as operadoras de planos de saúde pretenderem tomar para si a referida atribuição. Deve-se ressaltar, no entanto, que medicamentos para uso experimental têm que estar inserido em uma pesquisa, com aprovação do CEP, e todos os insumos são de responsabilidade do patrocinador do estudo.

No caso de medicamentos sem registro na Anvisa, as controvérsias se acentuam. O estudo identificou seis pedidos, um deferido, um indeferido e os demais ainda não haviam sido julgados. De forma geral, nem o Estado nem as operadoras de saúde são obrigados a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa, pois seu registro constitui proteção à saúde pública, atestando a eficácia, a segurança

e a qualidade dos fármacos comercializados no País. Tal registro sanitário não pode ser considerado um procedimento meramente burocrático e dispensável, mas processo essencial para a tutela do direito à saúde de toda a coletividade. Para o Ministro Barroso, as decisões judiciais que determinam o fornecimento de fármacos sem o devido registro sanitário, especialmente quando estes não foram submetidos aos testes e critérios técnicos mínimos exigidos, representam grave risco para a saúde pública<sup>29</sup>. Diante da ausência de informações e conhecimentos científicos acerca de eventuais efeitos adversos de uma substância e da inexistência de atestação da segurança e eficácia de um fármaco pela Anvisa, a decisão judicial nunca deverá ser pela liberação de seu consumo<sup>30</sup>. Concessão excepcional foi decidida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) com maioria dos votos na situação de demora da Anvisa em apreciar o pedido, prazo superior ao previsto em lei<sup>29</sup>, quando há registro em agências renomadas no exterior, e inexistência de substituto no Brasil<sup>29</sup>. Em contrapartida, o STJ definiu que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a fornecer medicamentos não registrados pela Anvisa<sup>31,32</sup>.

Adicionalmente, entre as diversas práticas mercantilistas que a indústria farmacêutica utiliza para obter lucro, sem dúvida, a utilização do profissional médico é o principal instrumento para o sucesso, particularmente porque no Brasil não é permitida a divulgação de fármacos de forma livre ao público leigo. É evidente, portanto, que esse grupo profissional acaba por alavancar, de forma direta ou indireta, o crescimento financeiro desse mercado, já que eles detêm o poder de prescrever medicamentos. Logo, a indústria farmacêutica assedia o profissional médico para persuadi-lo a prescrever um determinado medicamento, e, em contrapartida, pode oferecer algumas vantagens. Obviamente, podem-se encontrar profissionais que sucumbem a essas vantagens e, assim, passam a prescrever medicamentos mesmo tendo alternativas de uso ou de efeito similar ou de custo apropriado<sup>33,34</sup>.

## Considerações finais

O Brasil é um país considerado jovem, mas tem uma significativa população em processo de envelhecimento acelerado. Esse envelhecimento populacional traz consigo algumas implicações nas esferas socioeconômica do País, principalmente no sistema de saúde, tanto público quanto privado, pois apesar do envelhecimento não ser sinônimo de adoecimento, tal processo pode ocasionar algumas fragilidades e doenças. Para tanto, a importância na construção de leis que consigam efetivamente corresponder o real anseio da sociedade, visto que a lei que é mera criação teórica não irá corresponder à vontade social.

As legislações voltadas para as pessoas idosas, em especial, a de prioridade, têm extrema relevância, não podendo ser apenas uma lei fantasia, mas instrumento de proteção voltado para esse contingente populacional. A pessoa idosa necessita da garantia ao direito à prioridade que foi consagrada legalmente, pois se encontra em uma fase da vida em que a questão temporal tem um peso fundamental, que se agrava ainda mais quando apresento algum problema relacionado com a saúde. Com o advento de leis que trazem direitos específicos, pode-se buscar equalizar as desigualdades sociais tão comuns na sociedade, por isso a importância de sua efetividade jurídica e social ser devidamente concretizada.

Apesar das limitações citadas, o estudo contribuiu para a maior compreensão da efetividade da lei, porque são raras as pesquisas que realizam esse tipo de avaliação tão relevante para a sociedade. A academia pode cumprir esse papel social e, de certa forma, divulgar o comportamento da lei na sociedade; e, assim, contribuir para seu aperfeiçoamento e sua aplicabilidade. Por ora, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de maiores análises que compreendam o efeito produzido pelas normas, pois apesar de a lei de prioridade ser uma importante vitória na luta pelos direitos da pessoa idosa, em uma sociedade dominada pela ideologia ageista e preconceituosa, ainda há equívocos no entendimento do tema.

## Colaboradores

Azevedo AA (0000-0002-3957-1551)\* concepção do estudo, elaboração do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)\* análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Bonfatti RJ (0000-0002-0924-5149)\* análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). New York: DESA; 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6407#resultado>.
4. Simões CCS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
5. Efling AC, organizador. Direitos dos idosos: tutela jurídica do idoso no Brasil. São Paulo: LTr; 2014.
6. Brasil. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Jul 2017.
7. Burriss S, Ashe M, Levin D, et al. A Transdisciplinary Approach to Public Health Law: The Emerging Practice of Legal Epidemiology. *Annu Rev Public Health*. 2016; (37):135-48.
8. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Dados e Indicadores do Setor. Beneficiário por municípios. [acesso em 2020 jan 18]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.
9. Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT, et al. Estimção não paramétrica: estimador de Kaplan-Meier. In: Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT, editores. Análise de Sobrevida: teoria e aplicações em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 93-152.
10. Azevedo AA, Girianelli VR, Bonfatti RJ. A efetividade da lei de prioridade especial quanto às demandas judiciais de saúde na 2ª. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2020; 23(4):e200212.
11. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 Out 2003.
12. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União. 17 Mar 2015.
13. Neves DAA. Novo Código de Processo Civil: comentado artigo por artigo. Salvador: JusPodivm; 2016.
14. Venosa SS. Introdução ao estudo do direito. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
15. Nader P. Introdução ao estudo do Direito. 36. rev. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2014.
16. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. 4 Jun 1998.
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Parecer Técnico nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Cobertura: Assistência domiciliar (*home care*, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer\\_tecnico\\_no\\_05\\_2021\\_atencao\\_domiciliar\\_-\\_home\\_care.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_05_2021_atencao_domiciliar_-_home_care.pdf).
18. São Paulo. Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. Súmulas. 2021. [acesso em 2021 jan 18]. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>.
19. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Carência: período para começar a usar o plano. 2021. [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br>.

br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia.

20. Brasil. Supremo Tribunal de Justiça. Súmulas Anotadas. Súmula 597. Diário da Justiça Eletrônico. 20 Nov 2017.
21. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.657/2019. Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para isentar o beneficiário do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência e para reduzir para cento e vinte dias o período de carência nas internações hospitalares. [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208826>.
22. Brasil. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Diário Oficial da União. 8 Nov 2017.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União. 19 Out 2017.
24. Brasil. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União. 24 Set 1976.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Use off label: erro ou necessidade?*. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(2):395-397.
26. Brasil. Supremo Tribunal de Justiça. REsp 1733013/PR. Relator Min. Marco Aurélio Belize. Quarta Turma. Diário da Justiça Eletrônico. 20 Fev 2020.
27. Sá MFF, Ferreira PHM. A prescrição *off label* de medicamentos: análise do entendimento do Superior Tribunal de Justiça por ocasião do julgamento dos recursos especiais nº 1.721.705/SP e nº 1.729.566/SP. Rev Bras. Direito Civil. 2019; (21):147-161.
28. Brasil. Supremo Tribunal de Justiça. REsp nº 1729566 SP 2017/0333668-7. Relator Min. Luis Felipe Salomão. Quarta Turma. Diário da Justiça Eletrônico. 30 Out 2018. [acesso em 2022 nov 5]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/643679514/inteiro-teor-643679519>.
29. Brasil. Supremo Tribunal Federal. AgR RE 657718 /MG. Relator do Acórdão Min. Roberto Barroso. Diário da Justiça Eletrônico. 25 Out 2019.
30. Barroso AS, Hoyos A, Silva HS, et al, organizadores. *Diálogos Interdisciplinares do Envelhecimento*. São Paulo: Edições Hipótese; 2019.
31. Brasil. Supremo Tribunal de Justiça. REsp nº 1726563 /SP (2017/0120185-3). Relator Min. Moura Ribeiro. Segunda Seção. Diário da Justiça Eletrônico. 19 Mar 2018.
32. Brasil. Supremo Tribunal de Justiça. REsp nº 1712163 /SP (2017/0182916-7). Relator Min. Moura Ribeiro. Segunda Seção. Diário da Justiça Eletrônico. 26 Nov 2018.
33. Gøtzsche PC. *Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre: Bookman; 2016.
34. Peres G, Job JRPP. *Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina*. Rev. Bras. Educ. Méd. 2010; 34(4):515-524.

---

Recebido em 26/10/2021

Aprovado em 20/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente artigo foi realizado com apoio financeiro do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública PPG-SP/Ensp/Fiocruz na tradução de idioma da língua portuguesa para a língua inglesa

# Repercussões no cotidiano de crianças e adolescentes que viveram com hanseníase

## *Effects on the daily lives of children and teenagers who lived with leprosy*

Michelle Christini Araújo Vieira<sup>1</sup>, Maria da Glória Lima Cruz Teixeira<sup>2</sup>, Luís Augusto Vasconcelos da Silva<sup>3</sup>, Claudelí Mistura<sup>4</sup>, Sued Sheila Sarmento<sup>1</sup>, Aline Araújo Mascarenhas<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E611

**RESUMO** O estudo apresenta como objetivo compreender as repercussões da doença na vida cotidiana de crianças e adolescentes acometidos pela hanseníase. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com base no referencial teórico 'A Sociologia de Erving Goffman'. Foram entrevistados, individualmente, 14 participantes, sendo 9 crianças e 5 adolescentes tratados e curados da hanseníase. Utilizou-se entrevista semiestruturada, abrangendo informações sociodemográficas e questões norteadoras sobre a vivência dos participantes com a doença, aspectos familiares, sociais e percepções advindas da experiência. Os dados foram analisados pela sociologia de Erving Goffman. As narrativas enfatizam as repercussões do cotidiano relacionados com a história da descoberta da hanseníase, as redes de interação como família e profissionais de saúde, dos cuidados com a própria saúde, de estratégias de superação e expectativas. Verificou-se que o elemento predominante da pesquisa se ancora no temor de ser descoberto e desacreditado, na perspectiva de ter sua identidade de sadio ressignificada, pelo adoecimento e perante a vivência dos participantes com o preconceito, sigilo e segredo. Conclui-se, de modo simbólico, que os participantes vivenciaram uma construção de vida social negativa em torno da hanseníase. O adoecimento interfere de modo direto no cotidiano e desenvolvimento dos participantes, repercutindo principalmente nas relações sociais.

**PALAVRAS-CHAVE** Hanseníase. Criança. Adolescente. Atividades cotidianas. Estigma social.

**ABSTRACT** *The study aims to understand the effects of the disease on the daily lives of children and teenagers affected by leprosy. This was a qualitative research based on the theoretical framework of 'The Sociology of Erving Goffman'. We interviewed 14 participants individually, nine children and five teenagers, who underwent treatment for leprosy and were cured. A semi-structured interview was used, covering sociodemographic information and guiding questions about the participants' experiences with the disease, family, social aspects, and perceptions derived from the experiences. The data were analyzed by the sociology of Erving Goffman. The narratives emphasized the effects on daily life related to leprosy discovery, interaction networks, such as family and health professionals, health care, overcoming strategies and expectations. It was verified that the predominant element of the research is anchored in the fear of being discovered and discredited, in the perspective of having their identity of health ressignified, by the illness, and by the evidence in view of the participant's experience due to prejudice, anonymity, and secret. This symbolically suggests that the participants experienced a certain construction of negative social life around leprosy. The illness directly interferes with their daily life and development, especially in the participant's social relationships.*

**KEYWORDS** *Leprosy. Child. Adolescent. Activities of daily living. Social stigma.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) - Petrolina (PE), Brasil.  
michelle.christini@univasf.edu.br

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.

<sup>4</sup> Universidade do Vale do Taquari (Univates) - Lajeado (RS), Brasil.

## Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, considerada um grave problema de saúde pública no Brasil pela alta prevalência nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Ela pode causar incapacidades e deformidades físicas permanentes, levando a limitações severas no desempenho das atividades cotidianas<sup>1</sup>.

Além dos problemas físicos, sobrepõe-se aos acometidos a vivência de exclusão social e do estigma. Este último é um problema milenar, associado à culpa e à punição divina. O estigma, mesmo com a cura estabelecida da doença, persiste por vários anos, sendo considerado um dos principais obstáculos para o diagnóstico, o tratamento e a preocupação das equipes de saúde de diversos países<sup>2</sup>.

Destaca-se que o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde pelo exame dermatoneurológico para investigar lesões em áreas de sensibilidade alterada ou comprometimento de nervos periféricos. No momento do diagnóstico, é realizada a classificação operacional, considerada do tipo Multibacilar, quando a pessoa apresenta mais de cinco lesões, e Paucibacilar, até cinco lesões; e a classificação clínica da doença: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana<sup>1</sup>. Essas classificações são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como uma das principais dificuldades de interpretar e aplicar os testes de sensibilidade para diagnóstico da doença em menores de 15 anos. Contudo, foi estabelecido um Protocolo Complementar de Investigação de Casos da Hanseníase para essa faixa etária, chamando-se de PCID < 15<sup>1</sup>.

Desde o ano 2000, a hanseníase tem sido eliminada como problema de saúde pública em muitos países, com uma prevalência < 01 caso a cada 10 mil habitantes. Entretanto, a problemática ainda persiste nos países em desenvolvimento. Em 2019, enquanto 13 países notificaram entre mil e 10 mil novos

casos, a Índia, o Brasil e a Indonésia registraram mais de 10 mil novos casos, colocando o Brasil em segundo lugar em números de casos detectados no mundo<sup>3</sup>.

No País, em 2020, a taxa de detecção de casos novos da hanseníase na população geral por 100 mil habitantes foi de 6,51. A região Centro-Oeste alcançou 18,06; a Norte, 14,52; a Nordeste, 10,21; a Sudeste, 2,04; e a Sul, 1,41. Todas as regiões apresentaram queda na referida taxa entre 2001 e 2020. Em se tratando dos estados, Mato Grosso apresenta taxa de 53,54, e o Tocantins, de 46,53, sendo considerados hiperendêmicos. Já o Maranhão, com 21,99, classifica-se como muito alto; cinco estados considerados alto; 16, médio; e apenas 3 estados como baixo. O *locus* deste estudo, o estado de Pernambuco, apresenta-se com taxa de 13,47, sendo considerado médio; e o município de Petrolina, com 44,59, é hiperendêmico<sup>4</sup>.

A hanseníase em menores de 15 anos apresenta prevalência elevada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apontando a necessidade de esforços conjuntos da sociedade e dos estados para alcançar a meta do Ministério da Saúde de reduzir a doença na população nessa faixa etária<sup>5</sup>.

O cotidiano de adultos acometidos pela hanseníase é uma temática bastante discutida pela literatura que, de modo geral, evidencia as dificuldades manifestadas pelos pacientes do comprometimento em sua vida afetiva e sexual, medo do desconhecido, do isolamento, diminuição da capacidade de trabalho, problemas psicológicos, baixa autoestima decorrente do preconceito ante a doença, problemas que resultam em limitação da vida social<sup>6</sup>.

Já em relação às crianças e aos adolescentes, a discussão é bastante limitada, sendo escassos os trabalhos que abordam tal cotidiano e, em geral, apontam problemas relativos a evasão escolar, depreciação da autoimagem, alteração da autoestima, impactos decorrentes do uso da medicação, medo de mudanças, preconceito e autopreconceito<sup>7</sup>. Partindo dessa discussão, entende-se a importância do desenvolvimento de estudos sobre essa população específica.

Destaca-se que o adoecimento nessa fase da vida constitui-se em um indicador sensível da situação epidemiológica da hanseníase, pois, na medida em que são evidenciadas as fontes de infecção, em geral, familiares em idade adulta, significa que estes não recebem diagnóstico precoce nem tratamento oportuno. Desse modo, as crianças passam a ter contato íntimo e prolongado com os doentes e, assim, adquirem as infecções em tenra idade, retratando a situação de hiperendemicidade da doença<sup>8,9</sup>.

Nessa direção, a pesquisa propôs situar o cotidiano de crianças e adolescentes que passaram pela experiência do adoecimento, destacando suas relações sociais e tensionamentos que fizeram parte do viver com hanseníase, considerando suas experiências e singularidades do diagnóstico ao curso do adoecimento, tratamento e cura.

Diante do exposto, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: quais são as repercussões da hanseníase no cotidiano de crianças e adolescentes acometidos pela doença? Considerando que as crianças e adolescentes são mais vulneráveis que a população adulta, o presente estudo busca compreender as repercussões na vida cotidiana de crianças e adolescentes acometidos pela hanseníase.

## Material e métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou como referencial teórico 'A Sociologia de Erving Goffman', principalmente no que diz respeito ao estigma e à apresentação do *self* na vida diária, com contribuições importantes para a compreensão do processo saúde-doença<sup>10</sup>. Nesta pesquisa, utilizaram-se, particularmente, alguns conceitos desenvolvidos por Goffman na sua obra sobre o estigma, como Identidade Social Virtual, Identidade Social Real, Desacreditado e Desacreditável, no intuito de interpretar as repercussões no cotidiano de crianças e de adolescentes que vivenciam o processo de adoecimento pela hanseníase<sup>11</sup>.

Este artigo é parte da tese de doutorado em saúde pública intitulada 'Hanseníase entre jovens no Brasil: do panorama epidemiológico às repercussões no cotidiano', defendida no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Participaram desta pesquisa 9 crianças e 5 adolescentes, totalizando 14 participantes. Os entrevistados foram jovens acometidos pela doença, selecionados de modo intencional e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: adolescentes de ambos os sexos, morador da Região do Vale do São Francisco, faixa etária de 11 a 18 anos; registrado no programa de controle da hanseníase; estar curado. Foram utilizados como critérios de exclusão: ser portador de deficiência que impossibilitasse a participação na entrevista; não possuir autorização do representante legal para participar do estudo.

O recrutamento foi realizado por meio do Serviço de Infectologia do município, contactando os familiares quanto ao interesse de participar ou não da pesquisa. No momento da entrevista, os participantes estavam curados e possuíam autorização do representante legal por intermédio do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução CNS nº 510/2016.

A coleta dos dados ocorreu entre 22 de julho de 2016 e 15 de janeiro de 2017, mediante técnica de entrevista semiestruturada, norteadada por um roteiro com tópicos que buscassem produzir narrativas sobre aspectos do cotidiano antes, durante e após a hanseníase: 1) Como era o dia a dia antes da hanseníase; 2) Como ficou o cotidiano durante o adoecimento; 3) O que mudou na vida após o diagnóstico; e 4) Como está a vida atualmente.

Os encontros ocorreram em local e horário convenientes para os responsáveis dos menores. Solicitou-se autorização para gravar a entrevista, que durou, em média, uma hora e trinta minutos, e foram necessários dois encontros por participante para coleta dos dados.

Na interpretação dos dados de pesquisa com narrativas, destaca-se a maneira de obter e

analisar as experiências pessoais, dando ênfase à particularidade dos signos de cada experiência vivida, deslocando-os das generalizações teóricas<sup>12</sup>. Dessa forma, além de buscar possíveis interconexões entre as histórias em torno da hanseníase, as narrativas foram também importantes para destacar particularidades, rupturas e descontinuidades dessas histórias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Cedep) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), com parecer 1.448.193. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por nomes que retratavam as flores da caatinga.

## Resultados e discussão

Dos 14 participantes, 8 eram do sexo feminino, e 6, do sexo masculino; possuíam durante o adoecimento entre 8 e 14 anos de idade, e no momento da entrevista, de 11 a 17 anos. Todos frequentavam escola pública, predominantemente o ensino fundamental. Referente à composição familiar, 9 moravam com mãe, pai e irmãos, e os demais, com os avós, tios e primos. Quanto à renda familiar, em sua maioria, recebiam até 1 salário mínimo. No que diz respeito à classificação operacional da hanseníase, 10 apresentavam a forma Multibacilar, e 4, a Paucibacilar.

A seguir, serão apresentados os temas que foram organizados por meio da leitura minuciosa de cada narrativa, sendo eles: Descoberta da doença, tomando ciência; O cotidiano da família adoecida: atravessando tempos sombrios; As repercussões da hanseníase sobre a sociabilidade; e Estratégias de superação, preservação de si e expectativas.

### Descoberta da doença, tomando ciência

Compreende-se que o recebimento do diagnóstico da hanseníase repercutiu como algo negativo na vida das crianças e dos adolescentes, destacando-se na maneira como a família

dos participantes lidava com a situação. Esse contexto está presente no processo de adoecimento da enfermidade, provocando sofrimento relacionado com o temor pelo desconhecido. Também provoca angústia em ter que aprender rapidamente sobre a doença e o tratamento, o receio dos pais em sofrer algum tipo de preconceito e possíveis repercussões negativas no cotidiano da família<sup>13,14</sup>.

*De tudo, a pior coisa foi aquele momento lá, que falaram que era hanseníase, foi a pior hora, fiquei muito triste porque uma doença como a hanseníase, que nunca tinha ouvido falar, que quando li as coisas pensei: 'Não, não acredito não, não acredito que eu estou passando por isso'. Fiquei muito nervosa, sei lá, abatida e triste. (Malva).*

Associado a isso, parte a representatividade do que a hanseníase provoca no núcleo familiar, pois a família, ao se deparar com uma nova realidade, a de (con)viver com uma criança ou um adolescente hanseníaco/o, vivencia experiências negativas sobre a carga milenar de exclusão, deformidade e possíveis sequelas produzidas pela doença.

Estudo com responsáveis de crianças com HIV mostrou ser imprescindível o apoio familiar no curso da doença, e o isolamento como estratégia de enfrentamento diante de situações de preconceito, evitando situações constrangedoras<sup>15</sup>. A semelhança com a hanseníase é evidente, já que ambas são doenças com grande carga de preconceito, cuja vivência repercute de modo negativo na vida de quem recebe o diagnóstico, recobertas de estigma e medo<sup>16</sup>. Sendo assim, o estigma surge quando o estereótipo é incongruente com o que se imagina para determinado indivíduo, ocorrendo pela depreciação da identidade e intimamente ligado à aceitação, em que os pares não o enxergam igualmente e não o respeitam ou consideram normal<sup>11</sup>:

*Eu e minha mãe nunca chamamos de hanseníase, sempre chamávamos de manchinha, tomar o remédio por causa da manchinha, para não ficar*

*falando hanseníase. Hanseníase é a pior coisa do mundo e eu pensava assim, porque eu nunca tive essa coisa e de repente tive. Nós escondemos porque realmente o preconceito é grande e acho que o povo iria se afastar de mim.* (Malva).

*Só quem soube foi minha avó, ela mora aqui do lado e o povo da parte de minha família por parte de mãe.* (Catingueira).

A descoberta da doença precisa ainda ser foco de discussão de pesquisadores na área, visando identificar estratégias de sensibilização, qualificação e suporte para os profissionais, tornando-os capazes de entender o contexto familiar e o que o recebimento do diagnóstico representa. Diversas vezes, a família se depara com o desejo de revelar o diagnóstico, mas, ao mesmo tempo, monitora por meio de ações para evitar que a doença seja descoberta.

*No corpo nós escondemos. A mancha do meu braço passa, falo que é queimadura, mas agora no rosto todo mundo olha. O postinho daqui faz campanha de hanseníase na escola, incentivando e entregam uns papéis para os pais participarem, mas toda vez que minha avó vai lá, eles pedem para não contar que eu já tive. Hoje uso camisa de manga comprida para não queimar e ninguém ver.* (Velame).

Destaca-se a importância de profissionais sensíveis às particularidades de doenças na infância, que trabalhem acolhendo e apoiando a família<sup>17</sup>, refletindo sobre suas práticas e propondo intervenções específicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de quem vive um sofrimento ou com uma doença, bem como dos seus familiares. É sabido que o temor do estigma pela hanseníase pode justificar o retardo do diagnóstico, e práticas profissionais acolhedoras repercutem diretamente na aceitação do adoecimento e na diminuição desse indicador<sup>18</sup>.

Contudo, de acordo com as narrativas dos participantes, o momento em que a família recebe a notícia do diagnóstico de hanseníase

é considerado um dos que ela mais necessita de ajuda, apoio e de receber informações e orientações com o intuito de amenizar a angústia e as expectativas sobre o processo de adoecimento por uma doença que ainda é estigmatizante na sociedade.

## **O cotidiano da família adoecida: atravessando tempos sombrios**

Ter na família uma criança ou um adolescente acometido pela hanseníase afeta o equilíbrio dos envolvidos e pode levar seus membros a um adoecimento emocional, o que faz com que criem uma espécie de círculo encantado. A dinâmica do círculo foi estabelecida por meio do silêncio e de acordos para esconder ou negar a condição, como estratégia de preservar o familiar adoecido de situações traumáticas<sup>19</sup>. As experiências vivenciadas eram semelhantes de acordo com a forma operacional da doença.

*A situação de minha mãe me preocupava, porque quando saiam aqueles caroços ela gritava de dor, até hoje ela sente dor quando sai os caroços às vezes. Mas hoje em dia sai pouquinho, só aparece um pouquinho. Só me lembro da doença de minha, da minha mãe. Acho que tinha medo de sentir as dores que ela sentia, porque eu vi como ela estava. Ela sofreu tanto. Minha mãe não teve manchas, teve aquela que é só no nervo, tinha muita ferida. Tinha dormência nos nervos. Ficou com os dedos tortos.* (Melosa-roxa).

Há algumas famílias em que mais de um membro recebeu o diagnóstico de hanseníase, e quando ocorre isso, as pessoas estigmatizadas tendem a ter experiências semelhantes relativas à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu<sup>11</sup>. Quando ocorre a experiência na família ou no seu meio social, compartilham-se sofrimento e temor pelo desconhecido novamente, necessitando, o membro da família adoecido, de apoio familiar para enfrentar cada percalço durante o processo de adoecimento<sup>20</sup>.

Por outro lado, os participantes deste estudo compreendem a importância do círculo encantado como acolhimento e preservação na família, pois o principal suporte dessa estratégia é a genitora. Nesse momento, percebem que seu papel na família tranquiliza e equilibra o vivido.

*Quem mais me ajudou nessa doença foi minha mãe, mesmo ela descobrindo os buracos cheios de remédio, foi minha família, porque na hora da doença todo mundo se uniu e me deu força para ir em frente e não desistir. (Paineira-rosa).*

*Quem me ajudou na doença foi minha mãe, só ela, já o meu pai não cuidava não, nem um pouco. Minha mãe que tirava tempo para mim, na hora de ir para a escola, para o posto e tudo, andava comigo, agora meu pai não. Ele ficava me batendo e mandava eu ir embora, eu não ia não, minha mãe não deixava não. Ficava lá no muro quieto, esperando o dia passar, ficava lá para ele não brigar comigo. (Cebola-brava).*

Vivenciar a experiência toma um sentido diferente a depender do tipo de relação existente, visto que quando a doença acomete os filhos, estes se tornam os protegidos, e quando acomete o companheiro ou a companheira, estes podem se tornar o problema ou a sobrecarga para cuidar.

*Ninguém notou que eu estava mais escuro, só minha avó, ela dizia: 'Como meu filho está preto'. Ela não sabia que eu estava doente, nós não contamos para ninguém, nem mesmo para a família, só quem sabia era nós quatro de casa. Quando ela disse que eu estava mais escuro e perguntou para minha mãe, minha mãe disse que era por causa de um remédio que eu estava tomando, na época ela perguntou que remédio era e minha mãe disse que era para manchinhas na pele. (Coroa-de-frade).*

Mesmo entendendo esse encapsulamento como uma forma de proteção, algumas famílias demonstravam, nesse fechamento, um

sofrimento intensificado. Ora parecia que o fechamento decorria do intenso sofrimento, ora que tal fechamento intensificava o sofrimento. A revelação intencionada para seus pares é guiada pelos lugares ou importância que as pessoas ocupam nessas relações, e decidir para quem deverá ser revelado foi uma das grandes questões dos participantes e familiares. Nesse sentido, a revelação que ocorre pela presença de sinais corporificados de estigma tende a ser uma má experiência para estes.

*Para o povo não ver, quando eu iria sair com a mãe, colocava uma calça, só não saía de short, passava muito creme, mas não saía com aquela mancha na perna. Só quem sabia era minhas amigas da rua porque quando brincava com elas eu não colocava calça. Hoje minha pele melhorou, saiu as manchas, agora posso usar short, calça e vestido, o ressecamento acabou. (Paineira-rosa).*

Revelar a condição da criança e/ou do adolescente com diagnóstico de uma doença estigmatizante, as abominações do corpo, considerando como um dos três tipos de estigma – abominações do corpo, culpas de caráter individual e tribais, de raça, nação e religião –, é desnudá-la do encapsulamento, ocorrendo, dessa forma, uma desproteção<sup>11</sup>.

Como maneira de enfrentar o processo de adoecimento, o encapsulamento surge, sendo evidenciado como estratégia de superação e preservação dos interlocutores. Alguns acordos foram estabelecidos, e o principal deles foi esconder a condição de doente. Essa forma se manifestava com a ocultação da mancha com vestimentas, ocultação do membro afetado e vigilância da família.

## As repercussões da hanseníase sobre a sociabilidade

Uma das repercussões mais vivenciadas pelos participantes ocorreu no contexto escolar. A hanseníase precisou ser mantida em segredo, pois, se fosse descoberta, os participantes tinham o conhecimento de que poderiam

sofrer *bullying*, já que, se os colegas estavam saudáveis, cabia-lhes o afastamento e o isolamento como medida de prevenção.

*Meu medo com os outros amigos era porque tinha medo de falar para eles e eles não quererem ficar mais próximos de mim, porque eu tinha hanseníase e eles poderiam pegar. Não sei bem como é isso e nem ninguém me disse, mas achei que eles iriam se afastar de mim. (Catingueira).*

Além disso, torna-se evidente o despreparo das professoras que acompanhavam diariamente os participantes do estudo, visto que a sala de aula era separada em dois grupos, um com os que tinham hanseníase e outro sem, uma vez que se tratava da falta de acolhimento, desigualdade social e reforço ao estigma.

O ambiente escolar sendo o principal meio de interação social tanto das crianças quanto dos adolescentes apresentava-se como crucial na aceitação de si e dos pares. Percebe-se que essa conduta não foi ancorada na compreensão correta do adoecimento, pois não ocorreu entendimento sobre o processo/período de transmissão, ocasionando uma ação equivocada e estigmatizadora. Nessa perspectiva, fica evidente a maneira como as crianças e os adolescentes acatavam a necessidade de mudança, tornando-se claros o sofrimento e a memória de como a doença modificou seu cotidiano de modo negativo.

*Minha professora colocou a gente na frente porque estava doente. Ela entregava o lanche na classe e nós ficamos trocando os pratos, comendo o resto uns dos outros e por isso peguei a doença. Tinha um menino que estava doente e passou para os outros foram uns três ou quatro que adoeceu na sala, aí ela nos separou. (Coroa-de-frade).*

A estranheza em relação aos seus pares torna-se um momento desacreditável, e quando os símbolos de estigma não são conhecidos pelos presentes nem imediatamente perceptíveis, percebem-se como qualidade e atributos inferiores aos demais<sup>21</sup>. Tal percepção aflora o

temor de que, se a doença fosse revelada, haveria um prejuízo das suas interações sociais, comprometendo suas relações em seus grupos de convivência, sobretudo no ambiente escolar<sup>11</sup>.

*Quando adoeci, todo mundo ficou sabendo que eu estava doente, aqui tudo se espalha rápido, não gostava porque o povo ficava zoando da minha cara lá na escola, diziam 'Eee, a doente chegou'. Elas se afastaram de mim dizendo que não queriam pegar a doença, me deu uma dor no coração porque eram minhas amigas, nunca pensei que elas fariam isto, e elas nem sabiam o que era a doença. Senti muita tristeza de estar sendo excluída. Eu não podia sair na rua que o povo ficava me apelidando de Freddy Krueger. Todo lugar que eu ia, era o povo com preconceito comigo, não tenho nenhuma lembrança boa. (Paineira-rosa).*

No contexto social, a identidade é reafirmada ou reprimida, e no interior das trocas sociais, a identidade se constrói e reconstrói repetidamente. É nesse contexto que ocorre a relação de força do indivíduo e o meio social, na imposição da autoidentidade *versus* hetero-identidade estigmatizante negativa atribuída pelos outros<sup>22</sup>. Ademais, como se destaca no modelo goffmaniano, a identidade social real, sendo descoberta, pode ser comprometida e o/a afastado/a fica desacreditado/a por seus pares, pois os/as jovens não teriam a maturidade ou experiência para definir estrategicamente sua identidade social virtual, segundo interesses materiais ou simbólicos como os adultos.

A identidade social real é entendida como a categoria de atributos que o indivíduo realmente prova possuir. Já a identidade social virtual refere-se a uma caracterização que imputamos a um indivíduo a partir de atributos apresentados por ele, que podem não corresponder com a realidade, pois, geralmente, é ancorada na normatização social esperada<sup>11</sup>.

Mesmo a doença causando tanto sofrimento, fica nítida a vontade de permanecer com ela em segredo, visto que, quando a revelação ocorria, a interação social ficava comprometida. A revelação intencionada para seus pares é

guiada pelos lugares ou pela importância que as pessoas ocupam nessas relações, e decidir para quem deverá ser revelado é uma das grandes questões das crianças e dos adolescentes, bem como dos seus familiares. Nesse sentido, a revelação que ocorre pela presença de sinais corporificados de estigma tende a ser uma má experiência para os envolvidos no processo de adoecimento pela hanseníase.

### ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO, PRESERVAÇÃO DE SI E EXPECTATIVAS

Houve barreiras e conflitos no cotidiano dos interlocutores que dificultaram o cuidado à saúde. Nas narrativas dos participantes, constatou-se a existência de dificuldades para a conclusão do diagnóstico, retardando o processo de acolhimento como pacientes com hanseníase. Além de vivenciar o preconceito no ambiente escolar, os participantes também passaram por tal situação no momento do tratamento da hanseníase pelos profissionais de saúde, sendo estes os que deveriam acolher e cuidar.

O cuidado integral direcionado às crianças e aos adolescentes é garantido como política pública de saúde estabelecida oficialmente no Brasil<sup>23</sup>. Ele necessita ser realizado considerando e respeitando a condição do ser criança e do ser adolescente, ultrapassando o cuidado físico e respeitando as necessidades sociais e emocionais.

*Fiquei muito triste quando descobri que estava com hanseníase, estava fazendo fisioterapia do dedinho e quando disse à fisioterapeuta que me acompanhava que estava com hanseníase, ela não me deixou entrar mais na sala. Ela falou: 'Olha, não posso mais manter contato com você porque você não pode entrar na mesma sala porque está com hanseníase'. Ela não sentou junto comigo para falar. Ela ficou assim, um pouco longe de mim. Na hora eu fiquei chateada com o que ela fez porque ela tem estudo. Se formou e não tinha conhecimento da doença? Eu que não tenho estudo já sei o que é a doença. (Flor de Mandacaru).*

Os profissionais que cuidam de jovens com hanseníase são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, cura e pelas ações de educação em saúde. Contudo, muitos não estão qualificados ou sensibilizados, comprometendo a qualidade do cuidado; suas práticas educativas ocorrem em uma relação unilateral e impessoal, na qual o conhecimento selecionado passa pelo crivo e pela escolha de quem os transmite, não levando em consideração as experiências dos sujeitos e não contribuindo para um pensamento crítico que possa auxiliar na mudança da percepção da doença e do jovem doente<sup>24</sup>.

Dentro desse contexto de cuidado profissional, encontra-se o enquadramento na própria casa, onde os pais, em uma tentativa de conter a transmissão para outros membros da família, separaram seus pertences pessoais. Tal atitude remete-se na justificativa de que essa conduta seria para o bem de todos na família, tornando-se, assim, situação de exclusão no domicílio.

*Antes de adoecer minha vida era normal, fazia tudo, comia tudo pela frente. Depois da doença não podia misturar o copo, a colher e o prato em casa, mas graças a Deus foi feito o exame e ninguém da minha família estava doente. (Coroa-de-frade).*

Ainda, observaram-se queixas que evidenciavam sofrimento. O uso contínuo da medicação foi a queixa mais evidente, sendo entendida como uma responsabilidade que não cabia naquele momento para a idade. Como estratégia de desvencilhar-se dessa obrigação, os medicamentos eram escondidos em casa, não hesitando a ocultação.

*Quando eu estava tomando remédio, escondia nos buracos da casa, porque eles mandavam tomar, e eu dizia 'não mãe, não quero tomar esse remédio, é muito ruim'. Eu ia para o banheiro e colocava o remédio dentro do buraco e dizia: 'Mainha, já tomei!'. Fiz isso muitas vezes. Não pensava em estar atrapalhando o tratamento. Minha mãe não sabia, só soube quando terminei o tratamento. Quando ela viu, tinha um monte de remédio dentro do buraco. (Paineira-rosa).*

A medicação foi percebida como um peso no adoecimento, pois era palpável e real pelo fato que os fazia lembrar diariamente da sua condição e os tornava corresponsáveis por sua saúde. Além disso, a quantidade e as reações da medicação geravam sofrimento. Entendiam que seguir um tratamento diariamente não seria coisa de gente jovem, e assumir esse tipo de responsabilidade era visto como um fardo. As narrativas mostram que não havia um preparo, sensibilização ou esclarecimento do que iria acontecer.

Além dos temores relatados, a pesquisa aponta que a repercussão do uso da medicação relacionava-se em assumir uma responsabilidade ou uma rotina não sendo compatível com a idade e com as reações adversas advindas do tratamento, principalmente a hiperpigmentação da pele que denunciava sua condição<sup>25</sup>.

*Era uma briga pra tomar esses remédios, era um sofrimento, a enfermeira esperava numa paciência eu tomar aqueles seis comprimidos de uma vez, aquela dose supervisionada, as cápsulas eram grandes demais, uma maior que a outra, quase não engulo, nos primeiros meses era um sacrifício. Começou a dar uma tontura, dor de cabeça quando parava de tomar o remédio, começa a dar cãibra, a cãibra só vinha quando parava de tomar o remédio. (Mulungu).*

Ser protagonista de sua própria história em contexto de vida com cultura de estigma, possuindo um marcador corporificado, dá a criança e/ou ao adolescente desvantagem e uma visão reduzida de suas perspectivas futuras, em que suas expectativas almejam a imagem devolvida, o corpo sadio e o cotidiano de vida recuperado.

*Agora já estou curado e é só esperar as manchas saírem. A sensação da alta é de alívio, um peso que saiu, que foi tirado das costas. Não estar todo mês no postinho, não enfrentar fila e voltar ao que eu era antes, voltar a ser branco e fazer o que eu gostava é um alívio. E agora estou na expectativa de ficar branco, sem mancha e voltar*

*a ser chamado de galego, era bom ser chamado de galego. (Mulungu).*

Ao final, de forma analógica, pode-se comparar a criança ou o adolescente com hanseníase como um *iceberg*. O que é visível é a sua enfermidade, a visualização externa de uma pessoa com hanseníase, um conceito breve e superficial que resume o sujeito à sua doença. Porém, se a sensibilização do conhecimento abranger a parte maior do *iceberg*, pode-se compreender então que sua complexidade vai além de uma simples ponta. Nesse contexto, um paciente há de ter um conceito muito além do que lhe é atribuído.

## Considerações finais

Os resultados deste estudo apontam que a experiência do acometimento da hanseníase por crianças e adolescentes é um fenômeno difícil de ser compreendido, e indicam que o adoecimento vai além do diagnóstico e do tratamento. Tal fenômeno inclina a pensar sobre aspectos importantes desse processo, os quais envolvem a família, seus pares e a importância do cuidado profissional.

O temor de possuir uma doença estigmatizante gera sofrimento e expectativa decorrente do desconhecido, e as narrativas evidenciaram rotinas e hábitos totalmente modificados, com privações de atividades significativas do cotidiano das crianças e adolescentes. O confinamento em casa decorrente da necessidade da não exposição ao sol, devido aos efeitos adversos da medicação sobre a pigmentação da pele, a segregação por seus pares e o encapsulamento familiar foram os grandes marcadores dessa descontinuidade na vida social e lúdica em suas vidas.

A revelação do sofrimento no cotidiano, repercutindo no desenvolvimento social dos envolvidos, cria marcas físicas e não físicas, podendo persistir na fase adulta. No percurso de adoecimento, os participantes optam por omitir sua condição de hanseniano

como forma de proteção de sua identidade e para preservar sua aceitação social. Uma vez que assumir sua real condição, como portador/a de hanseníase, é estar suscetível às consequências de ser antagonico ao que é hegemônico, é ser díspar dos seus pares, contrário ao que é saudável.

Nessa perspectiva, o empoderamento das crianças e dos adolescentes do estudo e a sensibilização dos profissionais, envolvendo aspectos psicológicos e sociais, são necessários para mudança no modelo de tratamento e abordagem desse público, para ser refletido além da posição de doente. Isso poderá ocorrer por meio da mudança e implementação de ações de saúde capazes de alterar a realidade presente, como, por exemplo, o fortalecimento de grupos de apoio às famílias que vivenciam o diagnóstico e a qualificação profissional direcionada para assistência infantojuvenil.

No processo de construção deste estudo, constatou-se a limitação no conhecimento sobre os problemas e estratégias de superação vividos pelas crianças e adolescentes com hanseníase devido à escassez de publicações científicas abordando essa temática. Não

obstante, os resultados aqui apresentados são importantes por evidenciar como a doença repercute negativamente na vida cotidiana e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes no processo de adoecimento.

Considera-se relevante o desenvolvimento de pesquisas sobre o cotidiano de crianças e adolescentes adoecidos pela hanseníase, das estratégias de enfrentamento, a exemplo de percepção familiar desse processo, incluindo questões de gênero e adaptação da apresentação farmacêutica da medicação para esse grupo.

## Colaboradores

Vieira MCA (0000-0001-7771-5387)\*, Teixeira MGLC (0000-0003-3318-3408)\*, Silva LAV (0000-0003-0742-9902)\*, Mistura C (0000-0002-4445-7825)\*, Sarmento SS (0000-0002-2167-8318)\* e Mascarenhas AA (0000-0002-7546-6425)\* auxiliaram na concepção do trabalho, bem como na análise e interpretação dos dados; fizeram revisões em todas as etapas de sua elaboração até a versão final a ser publicada. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
2. Marahatta B, Amatya R, Adhikari S, et al. Perceived stigma of leprosy among community members and health care providers in lalitpur district of nepal: a qualitative study. PLOS ONE. 2018; 13(12):e0209676.
3. World Health Organization. Global leprosy (hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. 2020; 95(36):417-440.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Sala de apoio à gestão estratégica. Morbidade da hanseníase. 2021. [acesso em 2021 ago 23]. Disponível em: <https://portalsaude.saude.gov.br/painelManutencao/Morbidade%20-%20Hansen%C3%ADase>.
5. Vieira MCA, Nery JS, Paixão ES, et al. Leprosy in children under 15 years of age in Brazil: A systematic review of the literatur. PLoS Negl Trop Dis. 2018; 12(10):e0006788.
6. Santana LD, Silva SPC, Lira MOSC, et al. Significado da doença para mulheres com hanseníase. Rev Enferm UFSM. 2017; 7(1):111-122.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Noordende ATV, Lisam S, Ruthindartri P, et al. Leprosy perceptions and knowledge in endemic districts in India and Indonesia: differences and commonalities. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021; 15(1):e0009031.
8. Pedrosa VL, Dias LC, Galban E, et al. Leprosy among schoolchildren in the amazon region: a cross-sectional study of active search and possible source of infection by contact tracing. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018; 12(2):e0006261.
9. Santos KCB, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, et al. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2019; 43(121):576-591.
10. Koury MGP. Sobre Erving Goffman e a análise do fracasso em *The Presentation of Self in Everyday Life*. Dilemas, *Rev Estud Conflito Controle Soc*. 2019; 12(3):525-540.
11. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Editora Guanabara; 1988.
12. Squire C. O que é narrativa? *Civitas – Rev. Ciênc. Soc*. 2014; 14(2):272-284.
13. Zhou T, Wang Y, Yi C. Affiliate stigma and depression in caregivers of children with autism spectrum disorders in China: effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psyc. research*. 2018; (264):260-265.
14. Tekola B, Kinfe M, Girma F, et al. Perceptions and experiences of stigma among parents of children with developmental disorders in Ethiopia: a qualitative study. *Social science & medicine*. 2020; (256):1-9.
15. Biru M, Lunqvist P, Molla M, et al. Hope for the future but fear the risk of stigma: ethiopian family caregivers' lived experience of caring for their HIV positive child two years after starting antiretroviral treatment. *Compreh. Child and Adol. Nursing*. 2018; 41(4):293-309.
16. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde debate*. 2018; 42(116):148-161.
17. Oliveira JDGP, Marinus MWLC, Monteiro EMLM. Práticas na atenção à saúde da criança e do adolescente com hanseníase: o discurso de profissionais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020; (41):e20190412.
18. Silva LOL, Rodrigues SM, Brandão MBF, et al. Representações sociais do processo de diagnóstico e cura da hanseníase. *Rev. Psicol. Saúde*. 2020; 12(2):73-87.
19. Neiva RJ, Grisotti M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do vale do Jequitinhonha-MG. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2019; 29(1):e290109.
20. Marinho FD, Avellar LZ, Souza LGS, et al. Hanseníase: sentidos e facetas do convívio para adolescentes com a doença e seus familiares. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018; 26(4):837-848.
21. Levantezi M, Shimizu HE, Garrafa V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Rev bioét*. 2020; 28(1):17-23.
22. Costalat-Founeau A-M, Gosset A. Dynamique identitaire et projet. *Revista de Psicología*. 2018; 36(1):367-382.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
24. White C. Iatrogenic stigma in outpatient treatment for hansen's disease (leprosy) in Brazil. *Health Educ Res*. 2008; 23(1):25-39.
25. Sardana K, Khurana A. Leprosy stigma & the relevance of emergent therapeutic options. *Indian J Med Res*. 2020; 151(1):1-5:32134008.

---

Recebido em 27/09/2021

Aprovado em 24/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Evidência de validade da Escala de Literacia em Saúde e eHEALS para idosos

## *Validity of the evidence of the Health Literacy Scale and eHEALS for older person*

Leonardo Pestillo de Oliveira<sup>1</sup>, Rosane Clys Barros Souza<sup>1</sup>, Josiane Kelly de Barros<sup>1</sup>, Giovana Mioto de Moura<sup>1</sup>, Mirian Ueda Yamaguchi<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E612

**RESUMO** O presente artigo busca apresentar evidências de validade de dois instrumentos, Literacia em Saúde e Literacia Digital em Saúde para utilização em idosos e avaliar suas propriedades psicométricas, por meio de um estudo com método descritivo, quantitativo e transversal, realizado com 379 participantes idosos, que responderam aos questionários: a) sociodemográfico, b) Escala de Literacia em Saúde e c) electronic Health Literacy Scale (eHEALS). Foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória, com validade convergente dos fatores que foram estimadas por meio da Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta, tendo como resultados a apresentação dos instrumentos com cargas fatoriais adequadas ( $> 0.4$ ), além de confiabilidade adequada ( $> 0.7$ ). A validade externa testada pela correlação entre os dois instrumentos apresentou correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada ( $r = 0.35$ ;  $p < 0.001$ ), indicando evidências de validade e consistência na Escala de Literacia em Saúde para uso em idosos, e atestando ao instrumento eHEALS confiabilidade adequada e válida para o público idoso brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVE** Literacia em saúde. Promoção da saúde. Idosos. Saúde digital. Validade.

**ABSTRACT** *This article aims to adapt cross-culturally two instruments (Health Literacy and Digital Health Literacy) for use with older people and to assess their psychometric properties, through a study with a descriptive, quantitative, and cross-sectional method, carried out with 379 older person participants, who answered the following questionnaires: a) sociodemographic, b) Health Literacy Scale and c) electronic Health Literacy Scale (eHEALS). The analyses performed were exploratory and confirmatory factor analysis, the convergent validity of the factors that were estimated through the Average Variance Extracted and Composite Reliability. The result was the presentation of instruments with adequate factor loadings ( $> 0.4$ ), in addition to adequate reliability ( $> 0.7$ ). The external validity tested by the correlation between the two instruments showed a statistically significant, positive, and moderate correlation ( $r = 0.35$ ;  $p < 0.001$ ), presenting evidence of validity and consistency in the Health Literacy Scale for use with older people and attesting to the eHEALS instrument adequate reliability and validity for this population.*

**KEYWORDS** *Health literacy. Health promotion. Aged. eHealth. Validity.*

<sup>1</sup>Universidade Cesumar  
(Unicesumar) – Maringá  
(PR), Brasil.  
leopestillo@gmail.com



## Introdução

No contexto brasileiro, têm sido temas de publicações a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a educação na Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>. A Literacia em Saúde (LS), ou literacia para saúde, caracteriza-se pela capacidade de interpretar, obter e processar informações básicas em saúde, nesse sentido, com estímulo à decisão informada do indivíduo<sup>2</sup>.

A LS compreende as competências cognitivas e sociais, que estão relacionadas com a capacidade de buscar e obter a informação, construir o aprendizado, de forma que este saber possa capacitar o indivíduo na tomada de medidas mais adequadas para a saúde, permitindo maior autonomia, envolvimento e responsabilização deste quanto à condição de sua própria saúde<sup>3</sup>, utilizando-se, para tanto, diversos tipos de materiais, bem como novas tecnologias em seus diversos contextos<sup>4</sup>. Em contrapartida, negligenciar condições econômicas, comunitárias, culturais, sociais e organizacionais<sup>5</sup> pode ter efeitos negativos em saúde<sup>6</sup>. Diversos estudos apontam a necessidade da LS para a saúde pública, visto que resultados mencionam que a baixa literacia conta com piores resultados em saúde<sup>7-9</sup>, levando à mortalidade<sup>7,9,10</sup>. Destaca-se, nessa lógica, a importância da LS para os profissionais de saúde e a sociedade<sup>11</sup>.

As escalas para avaliação da LS objetivam estimar o conhecimento da população, bem como auxiliam na determinação de intervenções que possam acarretar melhorias em saúde<sup>12</sup>. Por meio do acesso à informação em saúde, o indivíduo aumenta a sua capacidade de ler, interpretar, escrever e usá-la de forma eficaz para promover e manter a boa saúde<sup>8</sup>. Em relação à Literacia Digital em Saúde (LDS), ela constitui a habilidade do indivíduo em procurar, encontrar informações sobre saúde nas mídias digitais, compreender e avaliar tais mídias, a fim de interpretá-las e classificá-las de modo que possam tratar ou solucionar um problema relacionado com a saúde<sup>13,14</sup>.

Vale destacar que a LS carece de abordagem sistêmica com inclusão de políticas de saúde e

de educação envolvendo toda a comunidade<sup>15</sup>, já que esse termo é pouco conhecido e discutido no Brasil<sup>16</sup>. A LDS, compreendida como sendo uma extensão da LS, fazendo uso da tecnologia, destaca-se como importante ferramenta para melhores resultados em saúde<sup>17</sup>. Diante do exposto, este artigo objetivou realizar análise das propriedades psicométricas e validação de duas escalas para utilização em público idoso brasileiro.

## Material e métodos

### Desenho, local de estudo e período

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado com idosos, entre os meses de agosto e dezembro de 2019, em uma cidade no interior do Paraná.

### População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

Compreendeu uma amostra por conveniência de 379 pessoas acima de 60 anos moradoras de um município do interior do Paraná, as quais foram recrutadas no hospital municipal e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, o município possui aproximadamente 16.314 habitantes, sendo 2.230 com idade acima de 60 anos. Após a realização de um cálculo amostral, levando-se em consideração um nível de confiança de 95%, chega-se à amostra composta por 328 participantes para a realização desta pesquisa. Considerando-se as perdas amostrais, bem como a margem de erro de 5%, o número de participantes da pesquisa foi de 379 idosos selecionados aleatoriamente de acordo com sua presença nos serviços de saúde da cidade em questão; tendo como critério de inclusão pessoas idosas, conforme descrito no estatuto do idoso com indivíduos com idade igual ou

superior a sessenta anos<sup>18</sup>. Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentaram dificuldades em leitura e compreensão acerca das perguntas.

## Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>19</sup>, o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar, tendo um parecer favorável sob CAAE nº 13716719.1.0000.5539. Os aspectos éticos foram respeitados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

## Protocolo do estudo

### INSTRUMENTOS

Escala de Literacia em Saúde: Escala validada para a população brasileira por Quemelo, que contém oito itens relacionados com os conhecimentos do indivíduo sobre a obtenção e a compreensão de informações sobre saúde, os quais questionam: ‘Quanto você compreende das instruções nas bulas de medicamentos?’; ‘Quanto você entende sobre informações de saúde em folhetos/cartilhas?’; ‘Quando eu tenho dúvidas sobre doenças ou queixas, eu sei onde posso encontrar estas informações?’; ‘Quando eu quero fazer algo para a minha saúde sem estar doente, eu sei onde posso encontrar estas informações?’; ‘Com qual frequência você conseguiu ajudar os seus familiares ou um amigo, caso eles tenham tido dúvidas sobre problemas de saúde?’; ‘Quando você teve dúvidas sobre problemas e questões de saúde, quantas vezes você conseguiu receber conselhos e informações de outras pessoas (familiares e amigos)?’; ‘Como você acredita que sabe escolher os conselhos e recomendações que sejam melhores para a sua saúde?’; e ‘Em relação às informações sobre saúde na internet, eu sou capaz de determinar quais fontes são de alta ou de baixa qualidade’<sup>20</sup>.

Para indicação das respostas, é utilizada uma escala de cinco pontos tipo Likert, em que são indicados os extremos de opções de respostas. No item um, as respostas podem variar das opções ‘muito mal’ a ‘muito bem’ e ‘eu não leio as bulas’; no item dois, as opções de respostas vão do extremo ‘muito mal’ a ‘muito bem’ e ‘eu não leio essas informações’. Nos itens três e quatro, os níveis de respostas variam de ‘discordo totalmente’ a ‘concordo totalmente’ e ‘não tenho experiência com este tipo de situação’. Nos itens cinco e seis, as respostas apresentam variação dos extremos ‘nunca’ a ‘sempre’, além de uma opção ‘nunca tive este tipo de experiência’. Já no item sete, as possibilidades de respostas vão de ‘muito mal’ a ‘muito bem’ ou a opção ‘não me interessa por estes assuntos’; e no item oito, as respostas se parecem com as dos itens três e quatro, porém apresentam na última opção ‘não tenho experiência com este assunto’<sup>20</sup>.

eHEALS: A electronic Health Literacy Scale (eHEALS) é um instrumento com adaptação transcultural feita para o Brasil por Yamaguchi<sup>21</sup>, contemplando dez itens que dizem respeito ao uso da internet na busca de informações em saúde. Os primeiros dois itens se referem à opinião do participante quanto à utilidade e à importância do uso da internet nas questões de saúde; e os demais questionam: ‘Eu sei quais são os conteúdos sobre saúde disponíveis na internet’; ‘Eu sei onde encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet’; ‘Eu sei como encontrar conteúdos úteis sobre saúde na internet’; ‘Eu sei como usar a internet para responder às minhas dúvidas sobre saúde’; ‘Eu consigo avaliar os conteúdos sobre saúde que encontro na internet’; ‘Eu sei diferenciar os conteúdos confiáveis dos de confiabilidade duvidosa entre os conteúdos sobre saúde da internet’, e ‘Eu me sinto confiante para usar a informação da internet para tomar decisões sobre saúde’.

Suas respostas variam conforme escala tipo Likert<sup>22</sup>. No item um, as respostas podem variar de ‘absolutamente inútil’ a ‘muito útil’. No item dois, de ‘absolutamente nada importante’ a

‘muito importante’. Já nos itens de três a dez, podem variar das opções ‘discordo totalmente’ a ‘concordo totalmente’. Sendo assim, os dois primeiros itens não entram na análise fatorial, tendo em vista que foram criados apenas como itens de rastreio<sup>21</sup>.

Questionário sociodemográfico: Utilizado para levantamentos dos dados sociodemográficos, tais como gênero, idade, número de filhos, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, renda individual.

## Tradução e adaptação dos instrumentos para o público idoso

Inicialmente, os dois instrumentos foram traduzidos para o português seguindo o processo de *back-translation*. A primeira etapa foi a de tradução do instrumento para o português por dois pesquisadores independentes, bilingües português-inglês. Em seguida, um comitê composto por três pesquisadores na área da saúde foi criado para a construção de uma versão síntese das duas traduções. Por último, na etapa de retrotradução, a versão síntese foi traduzida para o idioma inglês, de forma independente, por dois profissionais. Essas retrotraduções foram comparadas com a versão síntese do instrumento, não sendo observadas inconsistências.

Para adaptação da Escala de Literacia em Saúde e da eHEALS para a população de idosos, o processo metodológico compreendeu as etapas de validade de conteúdo, aplicação dos questionários e análises fatoriais, as quais serão descritas a seguir.

### Validade de conteúdo

O estudo-piloto com um grupo focal foi composto por sete pessoas com características semelhantes aos participantes da pesquisa. Dois encontros foram realizados com esse grupo focal, sendo que, no primeiro encontro,

foram apresentados a proposta, a finalidade e o método, seguidos das orientações e da assinatura do TCLE. No segundo encontro, o grupo recebeu as questões que compõem os instrumentos 1 e 2, realizada a leitura de cada uma das questões em voz alta; em seguida, os membros do grupo avaliaram a qualidade das perguntas do instrumento e a coerência da linguagem e conteúdo.

Nenhum item foi alterado sob a justificativa de que não havia itens de baixa compreensão. Assim, recorreu-se à análise de conteúdo realizada com juízes, cinco doutores da área de promoção da saúde. Os juízes avaliaram os instrumentos acerca da clareza de linguagem, adequação prática e relevância teórica dos itens. Após avaliação dos juízes, estimaram-se as evidências de validade de conteúdo por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), que é capaz de avaliar a concordância entre os juízes<sup>23</sup>. Foram considerados adequados os valores acima de 0,80<sup>24</sup>.

### Evidências de validade dos instrumentos

Para tratamento dos dados dos instrumentos, foram realizadas Análise Fatorial Exploratória (AFE) para verificação da estrutura de melhor adequação para faixa etária proposta e Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para ajuste do modelo. O ajuste do modelo foi testado por meio dos índices de ajuste (valores de referência esperados para cada índice): Qui-quadrado ( $X^2$  e p-valor), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA < 0,08, I.C. 90%), Tucker-Lewis Index (TLI > 0,90), Comparative Fit Index (CFI > 0,95) e Normed Fit Index (NFI > 0,95). A validade convergente foi acessada pela Variância Média Extraída (VME), e valores maiores que 0,50 foram considerados indicadores aceitáveis de validade convergente<sup>25</sup>. A Confiabilidade Composta (CC) foi calculada utilizando resultados da AFC, valores maiores que 0,70 foram considerados indicadores de CC adequada<sup>26</sup>. Acerca dos indicadores de precisão do instrumento

em questão, foram calculados coeficientes alfa de Cronbach e Ômega de McDonald's, sendo considerados valores satisfatórios aqueles iguais ou superiores a 0,70<sup>27,28</sup>.

## Validade externa

A validade externa dos instrumentos foi testada a partir da correlação entre estes. Utilizou-se o *software* e Linguagem R (R Core Team, 2018); e, em todos os testes, foi assumida a probabilidade máxima aceitável de 0,05 para ocorrência de erro Tipo I.

## Resultados

Participaram do estudo 379 idosos que frequentavam os serviços públicos de saúde de uma cidade no interior do Paraná. As principais características deles são: 53,82% do sexo feminino e 46,17% do sexo masculino; quanto ao estado civil, 56,72% são casados, separado/divorciado/viúvo correspondem a 32,71%, solteiros representam 7,12%, e 3,43% relataram união estável; sobre a escolaridade, 48,28% deles possuem o ensino fundamental I completo; com renda familiar relatada de até 2 salários mínimos para 84,16%; 79,68% possuem e utilizam telefone celular próprio e

43,53% têm acesso à internet, porém, 56,46% não têm acesso, e 57,52% não a utilizam ainda que tenham acesso a ela.

## Validade interna e confiabilidade

### ESCALA DE LITERACIA EM SAÚDE

Para verificar evidências de validade estrutural da Escala de Literacia em Saúde, foi realizada AFE. Os resultados das cargas fatoriais permaneceram entre 0.40 e 0.63 para todos os itens, conforme a análise realizada.

De acordo com esta análise, o instrumento apresenta características unidimensionais. Os valores das cargas fatoriais referentes à AFE do instrumento variam de 0.40 a 0.63.

Para verificar a confiabilidade do instrumento, foram mensurados os valores de alfa de Cronbach (0,76), Ômega (0,78) e CC (0,738). De acordo com os estudos preliminares realizados com a escala, os autores relatam ser possível a sua utilização de três formas, unidimensional, com três fatores e com quatro fatores. A AFE realizada indica a retenção de apenas um fator. No entanto, a AFC foi realizada seguindo informações de estudos prévios, testando as três estruturas fatoriais os quais estão demonstrados na *tabela 1*.

Tabela 1. Confiabilidade e análise fatorial confirmatória (indicadores de ajuste do modelo)

	Unidimensional	3 Fatores	4 Fatores
<i>Confiabilidade</i>			
Cronbach's Alpha (CI 95%)	0,76 (0,71;0,79)	0,67 (0,62;0,71) 0,56 (0,47;0,65) 0,36 (0,23;0,49)	0,81 (0,77;0,85) 0,70 (0,63;0,76) 0,56 (0,47;0,65) 0,36 (0,23;0,49)
Ômega 6	0,78	0,70 0,39 0,22	0,68 0,53 0,39 0,22
KMO	0,74	0,55 0,50 0,50	0,50 0,50 0,50 0,50
Confiabilidade Composta	0,738	0,796	0,885

Tabela 1. (cont.)

	Unidimensional	3 Fatores	4 Fatores
AFC			
X <sup>2</sup> (df) / P-valor	21,675(15) / 0,117	91,620 (16) / 0,000	61,021 (14) / 0,000
RMSEA (CI 95%)	0,034 (0,000;0,064)	0,112 (0,090;0,135)	0,094 (0,071;0,119)
TLI	0,992	0,911	0,937
CFI	0,996	0,949	0,968
NFI	0,992	0,911	0,937
Variância Extraída Média	0,30	0,34	0,50

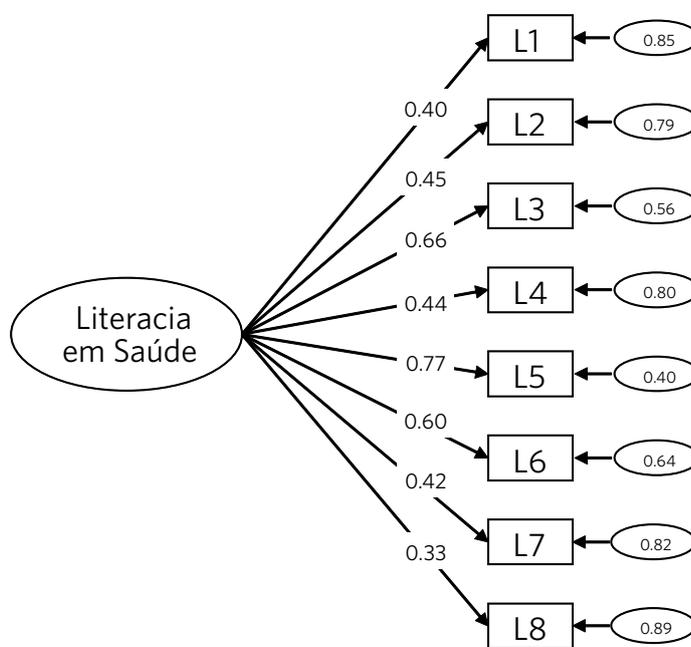
Fonte: elaboração própria.

KMO=Kaiser-Meyer-Olkin; X<sup>2</sup>= Qui-quadrado; df= Graus e liberdade; RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation; TLI=Tucker-Lewis Index; CFI=Comparative Fit Index; NFI=Normed Fit Index.

A partir dos resultados da AFC, pode-se verificar que os valores de ajuste que melhor indicam a característica do instrumento foram os da escala com estrutura unidimensional: X<sup>2</sup> (df) / P-valor = 21.675(15) / 0.117; TLI = 0,992; RMSEA = 0,034 (0,000;0,064); CFI = 0,996; e NFI = 0,992. Sendo assim, a Escala de Literacia em Saúde, ao ser aplicada em idosos, apresenta boa configuração de estrutura unidimensional, condizente com a hipótese teórica, sendo essa

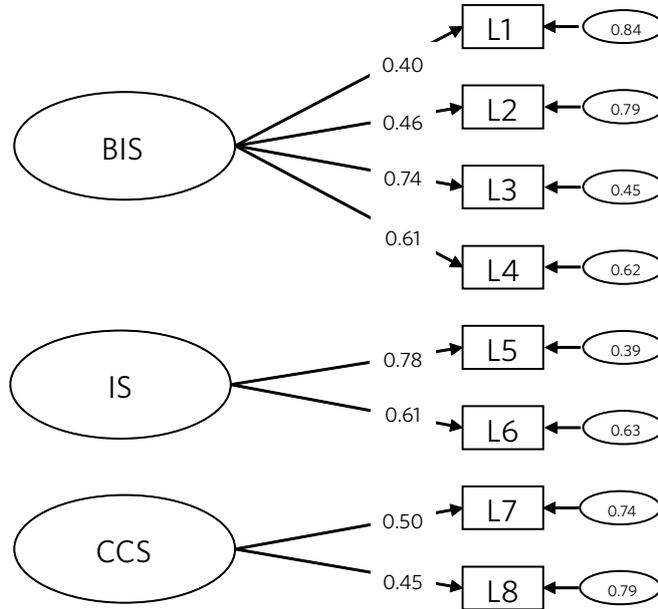
estrutura assumida neste estudo e utilizada nas etapas posteriores. Para melhor ilustrar os valores das cargas fatoriais dos modelos testados, serão apresentadas as figuras referentes à cada estrutura fatorial. A *figura 1* apresenta a estrutura unidimensional da escala com as cargas fatoriais dos respectivos itens que a compõem; a *figura 2* mostra a estrutura com três fatores, e a *figura 3* exibe a estrutura do instrumento com quatro fatores.

Figura 1. Escala de Literacia em Saúde, estrutura unidimensional



Fonte: elaboração própria.

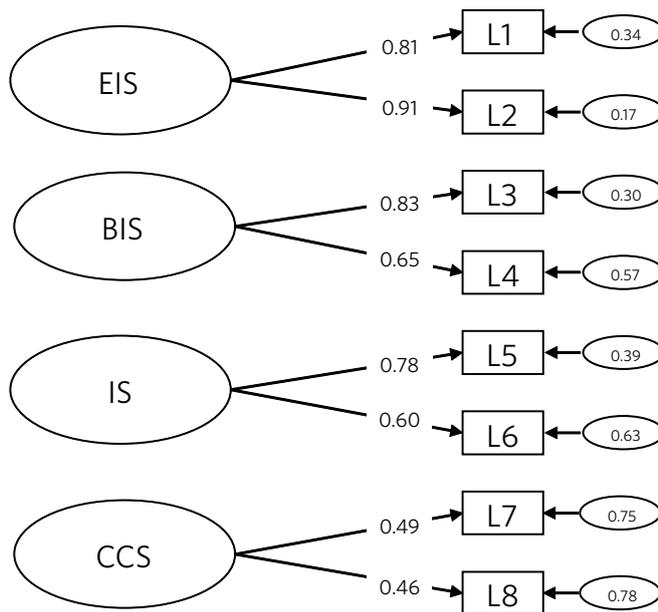
Figura 2. Escala de Literacia em Saúde, estrutura com três fatores



Fonte: elaboração própria.

BIS: Busca de Informações em Saúde; IS: Interatividade em Saúde; CCS: Conhecimento Crítico em Saúde.

Figura 3. Escala de Literacia em Saúde, estrutura com quatro fatores



Fonte: elaboração própria.

EIS: Entendimento das Informações; BIS: Busca de Informações em Saúde; IS: Interatividade em Saúde; CCS: Conhecimento Crítico em Saúde.

## eHEALS

Para avaliar a validade estrutural do instrumento 2, a eHEALS, foi realizada AFE, sendo que os resultados das cargas fatoriais permaneceram entre 0.86 e 0.96.

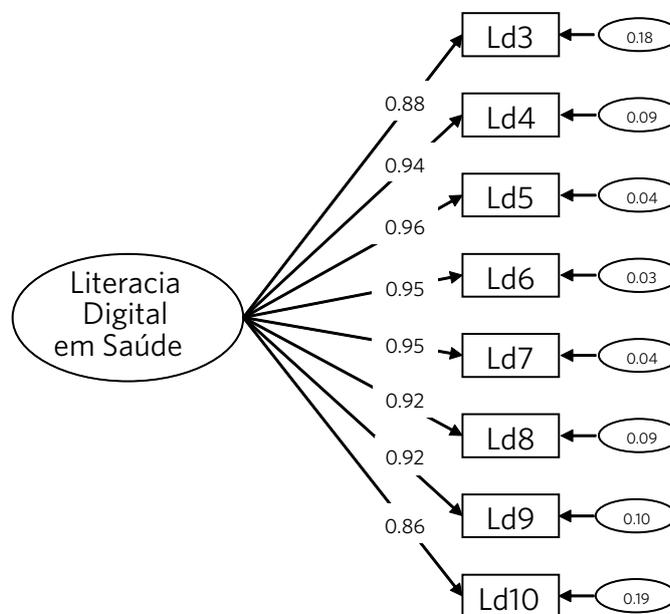
Para verificar a confiabilidade do instrumento, foram mensurados os valores de alfa de Cronbach (0,98), Ômega (0,98) e CC (0,98). A AFE realizada indica a retenção de apenas um fator. Sendo assim, a AFC foi realizada seguindo esta configuração, unidimensional. Para a AFC, foram avaliados os testes de ajustes do modelo fatorial, os quais apresentaram como resultados os seguintes índices:  $\chi^2[df] / p$ -valor

= 77.206 [16] / 0.000; TLI = 0.99; RMSEA = 0.101; Bentler's CFI = 0.99; e NFI = 0.99.

A partir dos resultados da AFC da eHEALS, pode-se verificar que os valores de ajuste da escala com estrutura unidimensional foram adequados, apesar de o valor do índice RMSEA ter ficado acima do recomendado pela literatura<sup>29</sup>. Sendo assim, a Escala de Literacia Digital em Saúde, ao ser aplicada em idosos, apresenta boa configuração de estrutura unidimensional, sendo essa estrutura assumida neste estudo e utilizada nas etapas posteriores.

A *figura 4* apresenta a estrutura unidimensional da escala com as cargas fatoriais dos respectivos itens que a compõem.

Figura 4. Escala de Literacia Digital em Saúde, estrutura unidimensional



Fonte: elaboração própria.

## Validade externa

A validade externa das escalas foi testada a partir a correlação entre elas. A hipótese é de que as variáveis apresentem correlação positiva moderada. Sendo assim, após a análise,

a Escala de Literacia em Saúde apresentou correlação moderada com a Escala de Literacia Digital em Saúde ( $r = 0.35$ ;  $p < 0.001$ )<sup>30</sup>.

A Escala de Literacia em Saúde foi utilizada para mensurar o nível de literacia do participante e o uso que faz dessas informações. De

igual forma, o instrumento de avaliação da Escala de Literacia Digital em Saúde foi aplicado para aferir o nível de experiência do idoso com o uso da internet para aceder à informação sobre saúde. As perguntas foram feitas, e os idosos respondiam a elas acerca do que refletia melhor sua opinião e experiência sobre o assunto.

## Discussão

A LS é um determinante social da saúde, que pode influenciar na tomada de decisão e auto-gestão em saúde<sup>31,32</sup>, sendo necessário formas de mensuração e avaliação dela nas populações em geral, principalmente em grupos vulneráveis como a população idosa<sup>33</sup>. Os instrumentos para avaliar a LS possibilitam o reconhecimento dos grupos com limitações nesse aspecto<sup>34</sup>, como demonstrado no estudo de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do 14-item Health Literacy Scale (HLS-14)<sup>35</sup>, realizado em Piracicaba – São Paulo, validade para a população adulta e idosa<sup>36</sup>. Ainda que instrumentos tenham sido avaliados quanto à validade e à confiabilidade, essas propriedades não são fixas nem permanecem independentemente das circunstâncias; ao contrário, podem variar de acordo com o tipo de estudo e população<sup>37</sup>. Partindo dessa premissa, foi realizada a validação concomitante de dois instrumentos de avaliação de LS, sendo um deles para LDS. Esse é o primeiro estudo a realizar a validação da Escala de Literacia em Saúde e a eHEALS para o público idoso no Brasil.

O processo de validação se deu a partir da validação transcultural de ambos os instrumentos em estudos anteriores, sendo que a Escala de Literacia em Saúde foi validada transculturalmente por Quemelo e colaboradores<sup>20</sup>, e a eHEALS, por Yamaguchi e outros<sup>21</sup>.

### Escala de Literacia em Saúde

Ao realizar a AFE, esta revelou um modelo unidimensional com cargas fatoriais em valores ideais. Porém, a fim de perceber

qual modelo de melhor ajuste para essa população, foi realizada AFC, indicando o modelo como adequado.

A estrutura fatorial testada no Brasil por Quemelo<sup>20</sup> para esse instrumento foi: quatro fatores, três fatores e unidimensional, sendo que a estrutura que melhor se ajustou no seu estudo com a amostra de universitários foi a de quatro fatores. Essa mesma estrutura fatorial foi utilizada no estudo original na Suíça, com participantes de 18 a 25 anos<sup>38</sup>. No entanto, para o presente estudo realizado com participantes idosos, a AFC indicou que o melhor ajuste se deu a partir do modelo unidimensional, e ainda que tenham sido testados os modelos três fatores e quatro fatores, estes apresentaram fracos índices de ajustamento. Desse modo, os ajustes adequados nos índices do modelo unidimensional indicaram a validade da estrutura fatorial para esse modelo.

Uma técnica importante para o campo de pesquisas é o grupo focal, o qual contribui para formulação e adequação de testes, escalas e instrumentos para pesquisas quantitativas<sup>39</sup>. Assim sendo, utilizou-se dessa técnica a fim de verificar se cada item do instrumento é compreensível aos idosos, portanto, ao verificar resultados positivos, obteve-se a validação de conteúdo para esse público.

Quanto à validade convergente no estudo realizado por Quemelo<sup>20</sup>, valores inadequados se revelaram tanto na CC como na VME, concluindo que, devido à validade convergente sofrível, o instrumento deveria ser utilizado com cautela. O presente estudo apresentou o valor de VME abaixo do recomendado, porém, diferentemente do estudo acima citado, o valor CC está adequado. Considerou-se que embora este estudo tenha demonstrado valor de VME abaixo do ideal, não o invalidou para uso na população idosa, visto que o índice de CC está dentro dos parâmetros e que a diferença da VME em relação ao valor adequado pode ter sido afetada pelo tamanho da amostra, sendo que amostras pequenas podem prejudicar a análise desse marcador. Em relação à confiabilidade, esse modelo apresentou valor de alfa de

Cronbach, Ômega e CC dentro do intervalo de valores ideais<sup>26</sup>, os quais indicam consistência interna adequada para o público idoso.

### Instrumento de eHEALS

A análise fatorial demonstrou que, assim como na Escala de Literacia em Saúde, a eHEALS apresenta estrutura fatorial unidimensional com cargas fatoriais de valores adequados. Porém, ao realizar a AFC, verificou-se que o teste qui-quadrado não apresentou os resultados esperados. No entanto, este teste traz consigo ressalvas em relação ao seu uso, pois descreveu-se que ele não tem poder quando avaliado em pequeno tamanho amostral; se assim for, ele é afetado e compromete o índice<sup>40</sup>. Outro fator a se considerar é que o ajuste de um modelo deve sempre ser norteador por vários índices, sendo que um único índice não deve ditar conclusões<sup>41-43</sup>. Assim, ao analisar os fatores citados, e ao verificar que outros índices de ajustes – como TLI, CFI e NFI – demonstraram valores adequados, considerou-se esse modelo de ajuste como satisfatório para utilização em público idoso.

Assim como para o instrumento de LS, a validade de conteúdo da eHEALS se confirmou por meio da técnica de grupo focal, visto que todos os itens desse instrumento foram compreensíveis aos idosos. Já a validade convergente foi verificada por meio dos valores de CC e VME, os quais apresentaram valores adequados. A confiabilidade se demonstra por meio dos valores alfa de Cronbach, Ômega e CC, os quais apresentaram valores acima do recomendado, o que identifica esse instrumento como confiável.

Sendo assim, a Escala de Literacia em Saúde foi utilizada para mensurar o nível de literacia do participante e o uso que faz dessas informações. De igual forma, o instrumento de avaliação da Escala de Literacia Digital em Saúde foi aplicado para aferir o nível de experiência do idoso com o uso da internet para aceder à informação sobre saúde. As perguntas foram

feitas, e os idosos respondiam a elas sobre o que refletia melhor sua opinião e experiência sobre o assunto

### Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações em relação à amostra e à adesão ao estudo, em que foi possível perceber o medo de muitos idosos de responder ao questionário, por pensarem que as suas respostas poderiam influenciar na aposentadoria. Outra limitação refere-se à validação de face quanto ao entendimento dos resultados informados aos idosos após o estudo.

### Conclusões

Por meio deste estudo, concluiu-se que a Escala de Literacia em Saúde tem validade e consistência para ser utilizada no público idoso. Em relação ao instrumento que avalia a LDS, este estudo aceita que a confiabilidade do instrumento é adequada para o público idoso. A validação de instrumentos de LS pode contribuir para avanços no tocante à promoção da saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde.

### Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) pelo apoio à realização deste estudo.

### Colaboradores

Oliveira LP (0000-0001-5278-0676)\*, Souza RCB (0000-0002-0452-0287)\*, Barros JK (0000-0003-1943-6608)\*, Moura GM (0000-0001-8515-7581)\* e Yamaguchi MU (0000-0001-5065-481X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Correa LS, Hökerberg YH, Daumas RP, et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento da Organização Mundial da Saúde sobre o uso de sinais de alarme para dengue por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2021 fev 10]; 31(2):247-56. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ttmHykgwDBFHkVTvgnSmqWm/?lang=pt>.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 [acesso em 2021 maio 1]; 12(1). Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. Geneva: Oxford University Press; 1998. [acesso em 2021 maio 1]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Don-Nutbeam/publication/12979284\\_The\\_WHO\\_health\\_promotion\\_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Don-Nutbeam/publication/12979284_The_WHO_health_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf).
- Espanha R, Ávila P, Mendes V. Literacia Em Saúde Em Portugal – Relatório-Síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016. [acesso em 2022 jun 25]. Disponível em: [https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf).
- Levin-Zamir D, Bertschi I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *Int. j. environ. res. public health*. 2018 [acesso em 2021 fev 10]; 15(8):1643. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/8/1643>.
- Cron Dahl K, Karlsson LE. The Nexus Between Health Literacy and Empowerment: a scoping review. *SAGE Open*. 2016 [acesso em 2021 fev 10]; 6(2):215824401664641. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2158244016646410>.
- Zimmerman E, Woolf SH. Understanding the Relationship Between Education and Health. *NAM perspective*. 2014 [acesso em 2021 abr 2]; 4(6). Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201406a>.
- Musa TH, Wei PM, Pu Y. Review: Health literacy intervention and their consequences. *J. public health epidemiol. (jphe)*. 2015 [acesso em 2021 mar 29]; 7(3):71-5. Disponível em: <https://doi.org/10.5897/JPHE2014.0697>.
- Vandenbosch J, Broucke SVD, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J. epidemiol. community health*. 2016 [acesso em 2021 fev 11]; 70(10):1032-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206910>.
- Annarumma C, Palumbo R. Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations: exploratory insights. *J. Health Manag.* 2016 [acesso em 2021 mar 5]; 18(4):611-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0972063416666348>.
- Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun.* 2013 [acesso em 2021 abr 2]; 18(suppl1):82-102. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093348/>.
- Pleasant A. Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *J Health Commun.* 2014 [acesso em 2021 mar 29]; 19(12):1481-1496. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25491583/>.
- Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J. Med. Internet Res.* 2006 [acesso em 2021 fev 11]; 8(4):e27. Disponível em: <https://www.jmir.org/2006/4/e27/>.
- Vaart RVD, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J. Med. Internet Res.* 2017 [acesso em 2021 maio 1]; 19(1):e27. Disponível em: <https://www.jmir.org/2017/1/e27/>.
- Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços. *Rev. port. med. geral fam.* 2017 [acesso em 2021 fev 10]; 33(1):6-8. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgfv33i1>.

16. Morais J, Kolinsky R. Literacia científica: leitura e produção de textos científicos. *Educ. rev.* 2016 [acesso em 2021 maio 1]; (62):143-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.48025>.
17. Dunn P, Hazzard E. Technology approaches to digital health literacy. *Int. j. cardiol.* 2019 [acesso em 2021 mar 5]; (293):294-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.06.039>.
18. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da independência e 115º da República. *Diário Oficial da União*. 1 Out 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. [acesso em 2021 abr 2]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2013/%20res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2013/%20res0466_12_12_2012.html).
20. Quemelo PR, Milani D, Bento VF, et al. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 abr 2]; 33(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00179715>.
21. Yamaguchi MU, Barros JK, Oliveira LP, et al. Cross-cultural adaptation and evidence of the validity of the eHealth Literacy Scale for use in Brazil. *Rev. Enf. Ref.* 2022 [acesso em 2022 maio 20]; 6(1):e21066. [acesso em 2021 abr 02] Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21066>.
22. Tomás CC, Queirós PJP, Ferreira TJR. Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Rev. Enf. Ref.* 2014 [acesso em 2021 mar 5]; 4(2):19-28. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2443&id\\_revista=24&id\\_edicao=66](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2443&id_revista=24&id_edicao=66).
23. Morales JCP, Greco PJ, Andrade RL. Validade de Conteúdo do Instrumento para Avaliação do Conhecimento Tático Processual no Basquetebol. *Cuad. psicol. deporte.* 2012 [acesso em 2021 jun 16]; 12(supl1):31-36. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232012000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000300008&lng=es).
24. Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L, organizador. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 506-520.
25. Luoma JB, O'Hair AK, Kohlenberg BS, et al. The development and psychometric proprieties of a new measure of perceived stigma towards substance users. *Sub. Use Misuse*. 2010; (45):47-57.
26. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1994.
27. Malacarne MP, Luiz SG, Amaral TR, et al. Health service evaluation in public health: A survey of research on assessment in public health Graduate Programs. *Rev. bras. pesqui. saúde*. 2017 [acesso em 2021 mar 5]; 18(1):62-7. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/rbps/article/view/15136>.
28. Tabachnick BG, Fidell LS. *Principal Components and Factor Analysis*. In: Tabachnick GB, Fidell LS, editores. *Using Multivariate Statistics*. Peason; 2019. p. 476-527.
29. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. 2. ed. New York: The Guilford Press; 2015. 462 p.
30. Hopkins WG. Measures of Reliability in Sports Medicine and Science. *Sports med.* 2000 [acesso em 2021 abr 2]; 30(1):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00007256-200030010-00001>.
31. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promot. internation.* 2001 [acesso em 2021 mar 29]; 16(3):289-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>.
32. Wangdahl JM, Dahlberg K, Jaensson M, et al. Psychometric validation of Swedish and Arabic versions

- of two health literacy questionnaires, eHEALS and HLS-EU-Q16, for use in a Swedish context: a study protocol. *BMJ Open*. 2019 [acesso em 2021 jun 16]; 9(9):e029668. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029668>.
33. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European J. public health (Oxf)*. 2015 [acesso em 2021 maio 1]; 25(6):1053-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
34. Marques SR, Lemos SM. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. *Audiol. Commun. res*. 2017 [acesso em 2021 jun 16]; (22). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1757>.
35. Suka M, Odajima T, Kasai M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ. health prev. med*. 2018 [acesso em 2021 maio 19]; (18):407-415. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12199-013-0340-z>.
36. Batista MJ, Marques AC, Silva Junior MF, et al. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 jul 18]; 25(7):2847-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202025722282018>.
37. Souza AC, Alexandre NM, Guirardello ED, et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. serv. saúde*. 2017 [acesso em 2021 fev 10]; 26(3):649-59. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.
38. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, et al. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health promot. inter*. 2014 [acesso em 2021 mar 5]; 30(3):725-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat096>.
39. Lervolino SA, Pelicioni MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2001 [acesso em 2021 mar 29]; 35(2):115-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.
40. Tanaka JS. Multifaceted Conceptions of fit in Structural Equation Models. In: Bollen KA, Long JS, editores. *Testing Structural Equation Models*. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
41. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. 2. ed. New York: Routledge; 2010. 416 p. [acesso em 2021 fev 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780203805534>.
42. Kline RB. *Principles and practice of Structural Equation Modeling*. 2. ed. New York: The Guilford Press; 2005.
43. Hair JF, Black WC, Babin B, et al. *Multivariate Data Analysis*. 7. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2009.

---

Recebido em 26/10/2021

Aprovado em 08/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Ictei)

# Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado

## *Social support networks for trans people: expanding the production of care*

Beatriz Rodrigues Silva Selles<sup>1</sup>, Patty Fidelis de Almeida<sup>1</sup>, Andréa Felizardo Ahmad<sup>2</sup>, Adriana Lemos<sup>2</sup>, Claudia Regina Ribeiro<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E613

**RESUMO** O direito à saúde de transexuais e travestis vem sendo conquistado por meio de intensa mobilização social, resultando em políticas específicas para essa população. Apesar disso, observa-se desassistência a esse grupo, levando-o a desenhar itinerários terapêuticos fora da rede formal de atenção à saúde. Objetivou-se apresentar e discutir os itinerários terapêuticos construídos por pessoas trans em Niterói por meio de suas redes sociais. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, cujo cenário foi o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery em Niterói/RJ. Participaram da pesquisa 20 transexuais usuários/as do ambulatório, moradores/as do município, que responderam à entrevista semiestruturada. Foram feitas também observações participantes. O tratamento dos dados foi efetuado por meio da análise de conteúdo temático-categorial. Evidenciou-se que as redes sociais ampliaram a capacidade de produção de saúde, mobilizando e articulando relações familiares, de amizade, religiosidades, movimento estudantil e grupos universitários, além do movimento LGBTQIA+ no empoderamento e ressignificação dos projetos de vida e da própria expressão da identidade trans. Sugere-se que os serviços de saúde precisam conhecer e se articular às redes sociais para produzir um cuidado em saúde pautado pelos paradigmas da integralidade e dos direitos humanos.

**PALAVRAS-CHAVE** Transexualidade. Saúde trans. Itinerário terapêutico. Redes sociais.

**ABSTRACT** *The rights of transgender people to health care has been achieved through intense social mobilization, resulting in specific policies for that population. But despite those policies, in general, there is a lack of assistance to this group regarding their health care, leading them to design different therapeutic itineraries in the search for health care assistance. In this article, we present the therapeutic itineraries built by the trans population in Niterói through their Social Networks. For that, a qualitative exploratory research was carried out at Ambulatório de Atenção à Saúde João W. Nery, in Niterói. Twenty transgender people who are cared for at the clinic and who live in the city participated. They answered a semi-structured interview script. Data treatment was carried out using the thematic-categorical content analysis. The research shows that Social Networks have expanded the capacity of health production, mobilizing family relationships, friendship, religiosity, student movement, and study groups at the university, in addition to the LGBTQIA+ social movement on the empowerment and ressignification of life projects and the very expression of transgender identity. We suggest that health services need to know and articulate social networks to produce health care guided by the paradigms of integrality and human rights.*

**KEYWORDS** *Transsexuality. Transgender health. Therapeutic itinerary. Social networks.*

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) - Niterói (RJ), Brasil.  
biaselles@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Nas palavras de Almeida<sup>(515)</sup>, transexuais são pessoas que,

Em diferentes contextos sociais e culturais, conflituam com o gênero (com que foram assignadas ao nascer e que foi reiterado em grande parte da socialização delas) e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica/química), decidem modificá-lo.

Na perspectiva dos direitos sociais, pessoas trans convivem com a exclusão e a invisibilidade de suas histórias, estando mais sujeitas a sofrer diversas formas de violências – e conflitos familiares – e, muitas vezes, à expulsão de casa, tornando-se mais suscetíveis a desenvolver problemas como depressão, ansiedade, maior exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao suicídio; a interromper precocemente os estudos devido ao *bullying* e à violência institucional, além da dificuldade de inserção no mercado de trabalho<sup>2,3</sup>.

Pode-se dizer, portanto, que a identidade de gênero não normativa impacta significativamente nos determinantes sociais da saúde dessa população, aumentando seu grau de vulnerabilidade, por exemplo, ao vírus HIV<sup>4</sup>. A população trans encontra barreiras no acesso e no acolhimento nos serviços de saúde, que, perpassados pela transfobia, não compreendem suas experiências e modos de vida, provocando maior estigmatização e menor acesso aos serviços, devido à intolerância e ao desconhecimento das suas singularidades. Além disso, as intervenções médicas se baseiam em protocolos e diagnósticos formalmente estabelecidos, muitas vezes, limitando a vivência e a experiência identitária de cada um/a<sup>4,5</sup>.

As políticas de saúde sinalizam a importância do cuidado em uma perspectiva integral, que acolha todas as dimensões e complexidades das necessidades de saúde da pessoa trans. Contudo, embora tais políticas representem um avanço na conquista de direitos, a formação dos profissionais que as executarão

ainda não acompanhou o mesmo movimento, prejudicando suas implantações de forma plena, sendo necessário pensar estratégias de incorporação dessa discussão na formação dos profissionais de saúde<sup>5</sup>.

Diante dessa realidade, foram lançadas algumas políticas públicas na busca da promoção da equidade e para a produção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. Um marco nessa agenda é a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que implantou o processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo sido redefinido e ampliado em 19 novembro de 2013 com a Portaria nº 2.803, incluindo travestis e homens trans<sup>6,7</sup>. O processo transexualizador é procurado por quem busca, por meio de hormonização e cirurgia, suprimir os caracteres secundários do sexo biológico e estimular o desenvolvimento de caracteres secundários da identidade de gênero. Também foi publicada a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, instituindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), que busca ampliar o acesso e a qualidade da assistência à saúde à população LGBTQIA+ no Brasil<sup>4</sup>.

Por meio do Itinerário Terapêutico (IT), é possível descrever e analisar, a partir da etnografia, os caminhos percorridos pelos indivíduos na produção do seu cuidado, evidenciando não só como as pessoas utilizam os serviços oferecidos, mas também como compreendem os seus processos de saúde e adoecimento, as relações sociais estabelecidas e os arranjos organizativos das suas experiências, mostrando a multiplicidade de trajetórias e escolhas a partir das suas compreensões e vivências<sup>8-11</sup>.

São três as dimensões do IT: a rede formal de assistência, que é a institucionalizada nos serviços de saúde; a rede informal de cuidados, que são movimentos das/dos usuárias/os que atravessam os fluxos e serviços instituídos; e a rede social de apoio, que compreende os espaços de acolhimento, reconhecimento e empoderamento. Para este artigo, privilegiou-se o papel das redes sociais de apoio na produção dos IT.

No caso de pessoas trans, um grupo notadamente de maior vulnerabilidade, que encontra muitas barreiras no acesso e na utilização dos serviços de saúde e que têm suas complexidades e especificidades, a opção por utilizar o IT permite uma maior visibilidade das práticas e das demandas por cuidados desses/as usuários/as, dar centralidade e voz a esse grupo na compreensão dos seus processos de saúde e adoecimento<sup>12</sup>.

Nesse sentido, a pesquisa objetivou apresentar e discutir os IT construídos por pessoas trans em Niterói por meio e suas redes sociais. Ao resgatar os IT construídos, realizou-se uma abordagem dos cuidados sob o paradigma da integralidade, orientada pela centralidade da escuta da população transexual e travesti sobre os seus projetos de vida e de felicidade expressos no desenvolvimento do seu IT. Ressaltam-se as histórias e os caminhos percorridos na busca pelo seu cuidado e, especialmente, a construção de suas redes sociais de apoio nessa trajetória, com ênfase nos conceitos de transexualidade, necessidades de saúde e IT.

## Metodologia

Este artigo é fruto da dissertação de mestrado intitulada 'Buscas pelo cuidado: o itinerário terapêutico de transexuais no município de Niterói' que compõe o projeto 'Gênero, sexualidade, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos: acesso, inclusão, promoção e educação em saúde', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e registrada com o número CAAE: 10003219.6.0000.5243 em 2019.

Para esta pesquisa, de abordagem qualitativa de caráter exploratório, optou-se por utilizar o IT como forma de compreender a existência de diferentes concepções sobre saúde e doença, valorizando as redes sociais constituídas na busca pelo cuidado<sup>10</sup>.

A pesquisa teve como cenário o Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transexual João W. Nery, do município de

Niterói (RJ), que atende pessoas trans com demandas de modificações corporais a partir da hormonização cruzada, como forma de afirmar-se no gênero com o qual se identificam. No período em que foi desenvolvida a pesquisa, o ambulatório atendia 233 usuários/as, a maioria homens trans, brancos, com idade entre 19 e 33 anos, residentes em Niterói. Em seguida, por ordem quantitativa, as mulheres trans, travestis e, em menor número, os/as que se declararam não binários/as. A pesquisa se limitou aos/as residentes em Niterói, mas o ambulatório também estava aberto à população dos municípios do entorno, como São Gonçalo, Itaboraí, Maricá e Rio de Janeiro<sup>13</sup>.

Sobre os/as participantes, o critério de inclusão foi a autodeclaração como transexual ou travesti, ser morador/a de Niterói e estar em acompanhamento no ambulatório. O critério de exclusão foi ser menor de idade.

Entre os meses de junho de 2019 e fevereiro de 2020, a equipe de pesquisa esteve presente no ambulatório realizando observações participantes na sala de espera e durante os atendimentos do endocrinologista e da assistente social. Esse período possibilitou a aproximação da equipe de pesquisa formada por três mestrandas, um mestrando e duas docentes da área, com os/as usuários/as e profissionais do ambulatório. Minayo<sup>14</sup> afirma que a observação se torna fundamental quando se compreende que há fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos. Com esse objetivo, sugere imergir na realidade, colocar-se no mundo dos entrevistados, abandonando a postura externa e a linguagem de cientista.

Nesse mesmo período, foram realizadas entrevistas com os/usuários/as selecionados por conveniência, que foram convidadas/os para o estudo enquanto aguardavam atendimento na sala de espera. Entre os/as entrevistados/as, 20 eram moradores/as de Niterói: 12 homens e 8 mulheres transexuais, formando assim o *corpus* desta pesquisa. As entrevistas duraram aproximadamente 40 minutos, foram realizadas em consultórios do ambulatório, em

sua maioria por uma dupla de pesquisadoras, gravadas em áudio e transcritas por toda a equipe de pesquisa. Utilizou-se o critério de saturação teórica<sup>15</sup> para encerramento da coleta de dados, identificado mediante repetição de ideias a partir da entrevista 14, sem surgimento de novos enunciados.

Os nomes dos/as participantes foram substituídos pela letra H (homem trans) e M (mulher trans), seguida do número referente à ordem de realização da entrevista. Todos/as que foram convidados/as aceitaram participar da pesquisa. Acredita-se que a proximidade estabelecida com a equipe de pesquisa na sala de espera foi a causa dessa boa aceitação.

Atendendo às normas de pesquisa das Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, todas/os leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Realizaram-se entrevistas-teste com três usuários/as objetivando aprimorar o roteiro. Estas entrevistas também foram incluídas no *corpus*.

Para a análise dos dados, tomou-se a Análise Temático-Categorial proposta por Oliveira<sup>16</sup>, que tem como base a Análise de Conteúdo de Bardin<sup>17</sup>. As três dimensões do IT foram tomadas como categorias prévias de análise, tendo guiado a formulação do roteiro de entrevistas. Dessa forma, a leitura exaustiva das entrevistas não objetivou a emergência de novas categorias de análise, mas de Unidades de Registro (UR) e de Unidades de Sentido (US) no interior das categorias prévias. São elas: a rede formal de assistência, a rede informal de cuidados e a rede social de apoio. Neste artigo, tomaram-se os dados referentes à dimensão das redes sociais de apoio.

## Resultados e discussão

Entre os/as 20 entrevistados/as, havia 12 homens e 8 mulheres trans. A amostra desta pesquisa se equipara ao perfil etário e de gênero dos/as usuárias/os do ambulatório<sup>13</sup>.

Em relação à idade, 2 participantes tinham menos de 20 anos, 13 tinham entre 20 e 30 anos, e 5 eram maiores de 30 anos, o que demonstra um predomínio de jovens na utilização do ambulatório. Sobre a cor, 8 se declararam brancas/os, 11 identificaram-se como pretas/os e pardas/os, e 1 pessoa não quis se classificar. Somente 4 usuárias/os apresentaram renda familiar menor do que 1 salário mínimo, e 11 informaram ser usuários de plano de saúde.

Um aspecto relevante na caracterização das/os participantes é o grau de escolaridade: 11 são universitárias/os enquanto 6 cursaram até o ensino médio; 2, até o ensino fundamental; e 1 não forneceu essa informação. Esses dados contrastam com a realidade da maior parte da população trans, cuja evasão escolar é um marco das trajetórias<sup>18,19</sup>.

Das 8 mulheres trans entrevistadas, nenhuma se identificou como travesti. Esse panorama evidencia um recorte de classe e geracional no perfil de usuárias/os do ambulatório; e sobre isso, Carvalho<sup>20</sup> discute como a intersecção dessas categorias reflete na forma como as pessoas trans se identificam e vivem sua transexualidade. A travestilidade, historicamente, vem sendo relacionada com as ideias de violência, marginalidade e prostituição, levando à sua negação enquanto identidade, sobretudo por pessoas de maior poder aquisitivo e classe social mais alta. Diferentemente disso, a transexualidade se reveste da ideia de patologia, sendo passível de compaixão dentro de uma lógica médico-psiquiátrica de portadoras de um desvio mental, enquanto as travestis seriam as responsáveis pela sua condição, cabendo a elas o lugar da imoralidade<sup>20</sup>. Isso, de certa forma, permite pensar na quase ausência de travestis no ambulatório em que a utilização é, majoritariamente, de classe média, e nenhuma entre as entrevistadas.

Compreender esse padrão de utilização do serviço é importante não só para produzir uma

rede em que o acesso ao serviço é equânime, mas também para compreender os motivos pelos quais, mesmo com a oferta de especialidades nos planos de saúde, as pessoas trans optam por utilizar o ambulatório da rede municipal de saúde. A construção dos itinerários é impactada pela relação de confiança e vínculo com a equipe, com a visão despatologizante do serviço e com a falta de profissionais aptos para atender às demandas das pessoas trans nos serviços privados.

Com relação ao município de Niterói, este apresenta uma conjuntura muito favorável para a discussão sobre a saúde da população trans em contraste com o cenário nacional. Os movimentos sociais e a Secretaria Municipal de Saúde produziram várias iniciativas que ampliam direitos à população LGBTQIA+ da cidade, como o ambulatório, inaugurado em 2018. É nesse município que os participantes elaboram seus arranjos organizativos e trajetórias na busca pelo seu cuidado.

## As redes sociais como ampliadoras da produção de saúde

Os poucos estudos sobre itinerário da população transexual e travesti se referem essencialmente ao acesso ao processo transexualizador<sup>21-24</sup>. Certamente, as mudanças corporais assumem uma centralidade na construção da identidade trans; e a percepção da população ao acesso e à utilização dessa linha de cuidado deve ser mais explorado. No entanto, devem-se compreender as lacunas e as potencialidades dos serviços de saúde no que se refere ao atendimento integral a essa população.

Nas entrevistas, os/as participantes apontaram quatro modalidades de redes sociais acionadas na busca pelos cuidados em saúde: as familiares, as religiosas, as de amizade e as próprias do movimento estudantil e grupos universitários e, ainda, as que se constroem por meio de movimentos sociais.

## Relações familiares

Com relação às redes familiares, é notório que os conflitos marcaram as trajetórias da maioria das/os entrevistadas/os. Entre as/os participantes, 13 pessoas relataram situações de violência no âmbito familiar e 7 disseram ter encontrado apoio na família para a sua transição. A família é o primeiro espaço de convivência e socialização para boa parte das pessoas, e as relações que se estabelecem no interior desse grupo podem influenciar significativamente nas formas de viver de seus membros. Ter mais apoio, aceitação e respeito contribui para mais qualidade de vida, saúde e autonomia<sup>25,26</sup>.

No caso das/os participantes, as experiências de acolhimento ou violência no âmbito familiar foram determinantes da forma como construíram seus itinerários na busca por cuidado em saúde, como se percebe no trecho abaixo:

*Se meus pais não aceitavam minha homossexualidade, imagina identidade de gênero diferente da que eles enxergavam? Então, foi uma coisa que eu reprimi por muito tempo mesmo e, em decorrência disso, acabei desenvolvendo várias coisas. Assim, sou muito ansioso [...] essa coisa dos meus pais realmente me deixa mal. (H10, 25 anos).*

A ausência de um suporte familiar foi a maior causa de adoecimento de 13 dos/as entrevistados/as, que relataram não poder expressar a sua identidade nos espaços em que viviam, gerando falas que expressam embotamento das vidas, falta de perspectiva, expulsão de casa, violências, repressão da identidade, ansiedade e depressão, ratificando resultados de estudos anteriores<sup>27</sup>. No entanto, outros relatos mostram que o apoio familiar possibilitava, entre outros ganhos, que a própria transição de gênero seja realizada com mais segurança, usualmente orientada por uma equipe de saúde, produzindo cuidado:

*Meu pai sempre foi mais conservador, fazia piada homofóbica, racista, mas quando a gente contou*

[ele e o irmão, também trans] ele foi maravilhoso. Foi o melhor pai do mundo mesmo [...]. Ele que faz tudo pra mim. Sem ele eu não teria chegado até aqui. (H2, 19 anos).

Um dia minha mãe entrou no meu quarto e viu os remédios e falou: 'Você está se drogando? Que monte de remédio é esse aqui dentro do quarto?'. Eu sentei com ela e conversei. Ela virou pra mim e falou: 'desde pequena eu sempre vi que você era diferente, só que pra mim era uma coisa que ia passar. Mas se você acha que isso é o melhor pra você, se você acha que é o que você quer, eu estou aqui, sou sua mãe e vou te apoiar. Só que pelo amor de Deus, não fica usando esses remédios por conta própria, não fica se drogando, porque é perigoso! [...] A partir de hoje você não é mais meu filho, agora é minha filha'. Aí isso pra mim foi a melhor coisa! (M5, 25 anos).

É importante ressaltar também a relevância das relações conjugais no processo de transição e autoaceitação. Em diversas ocasiões, observou-se que os homens, em sua maioria, faziam-se acompanhar por mães, irmãos ou tias e por namoradas, esposas ou companheiras, mulheres cisgênero, que apoiavam a transição dos homens trans, mesmo isso significando um rearranjo da própria sexualidade: um casal até então homoafetivo que passaria a ser heteroafetivo.

Em contrapartida, durante os meses de observação participante, as travestis e as mulheres trans usuárias do ambulatório estiveram sempre sozinhas, com exceção de uma adolescente, que era atendida pelo psicólogo e só podia usar o serviço acompanhada de um/a assistente social da instituição em que estava abrigada, e de uma mulher adulta, que esteve no ambulatório apenas uma vez e acompanhada do namorado, que se manteve afastado enquanto a aguardava e não interagiu com os/as demais acompanhantes. No entanto, essa ausência dos/as parceiros no ambulatório não significava que não pudessem também contar com esse apoio, como mostra a fala abaixo:

Meu esposo viu que eu era muito travada, aí ele falou assim: 'olha, eu acho que você tem que se aceitar antes de qualquer pessoa. Você não tem que ter vergonha do seu corpo. O corpo é seu e você tem que se amar'. Hoje em dia eu não ligo mais de me chamarem de travesti, mas até então eu morria de medo das pessoas me verem, delas olharem pra mim e dizerem: 'ela não nasceu mulher' [...] Então eu acabei pensando que a cirurgia era pra realização de outras pessoas, porque a mim não incomodava em nada. (M5, 25 anos).

Nesse trecho, M5 mostra que, além da desconstrução das normas binárias impostas pela sociedade, esse apoio foi fundamental para essa nova compreensão de si, sua autonomia, aceitação e empoderamento da sua transexualidade, produzindo uma experiência única da própria existência, mudando, inclusive, seus planos de intervenções cirúrgicas. O seu IT traçado inicialmente na busca de modificações corporais que pudessem adequá-la a uma identidade feminina dentro das normas binárias foi modificado a partir dessa nova compreensão de sua transexualidade que contou com o apoio fundamental do marido.

## Redes de amizade

Com relação às redes construídas a partir das relações de amizade, a proximidade com outras pessoas trans foi citada por 7 participantes dentre as/os 20 entrevistadas/os como importantes para construção das suas identidades e apoio para a transição. Mais do que isso, essas relações de amizades puderam proporcionar uma experiência de aceitação e posicionamento social de si. Os trechos abaixo mostram o papel importante que o contato com amigos, em sua maioria trans, puderam exercer na produção dessas novas identidades:

Eu fiz esse processo [de transição] muito consciente. E eu acho que eu tive o privilégio de conhecer pessoas muito fudas, que me possibilitaram me compreender nesse processo com calma e tranquilidade. (H8, 23 anos).

*Eu fui conhecendo pessoas trans e aí as pessoas trans me tratavam no masculino porque entendiam como que era esse processo. E eu fui vendo que eu ia gostando e cada vez menos eu ia gostando do pronome feminino [...] Aí comecei a usar binder, um packer e depois de um tempo comecei a questionar se eu queria hormonização ou não. E aí cheguei na resposta que sim, e comecei a me harmonizar. (H9, 20 anos).*

Em que pese seu enorme potencial de produção de cuidado, poucos estudos trabalham esse aspecto da vida da população trans. Sobre esse tema, Soares et al.<sup>28(89)</sup> relatam que

Na rede de apoio social, pertencer e ser diferente ao mesmo tempo é importante para as relações e para o fortalecimento daqueles que dela fazem parte. Portanto, escolher os próprios caminhos e ter a própria visão validade pela rede contribuem tanto para o desenvolvimento pessoal quanto para a afirmação da identidade.

O reconhecimento de suas experiências em outras pessoas trans e a criação dessas redes de apoio formadas por amigos e amigas foram fundamentais nesse processo de transição e autodefinição do gênero por parte das/os participantes, gerando uma rede de suporte para a decisão consciente do início da hormonização.

Durante ações de educação em saúde realizadas pela equipe de pesquisa no ambulatório, ouviu-se de alguns usuários que aquele foi o primeiro lugar em que tiveram contato com outras pessoas trans – e que, a partir desses encontros, começaram a formar outras redes de amizade e de apoio no momento delicado que vivenciavam e no fortalecimento suas identidades. No entanto, embora não tenha sido explorado nesse artigo, pois não houve impacto sobre os itinerários, diferentemente dos homens trans, algumas mulheres relataram desconforto em se relacionar com outras transexuais e travestis, afirmando serem relações complicadas e “*problemáticas*”. Entre as queixas, afirmaram que “*não são unidas e não se ajudam*”; que muitas “*fazem programa*”,

afastando quem não faz por medo da concorrência e/ou preconceito, entre outras causas que dificultam a proximidade entre elas.

A utilização das mídias sociais também se mostrou como uma forma de conexão entre pessoas trans, que puderam compartilhar suas vivências e colaborar com um cuidado coletivo em variadas searas:

*Tenho algumas amigas trans aqui na cidade com destaque em todo Brasil e a gente se conectou muito pelo Instagram. (M8, 23 anos).*

Ainda referindo-se às redes sociais da internet, M8 afirmou em outro momento que “*hoje em dia a comunidade trans é muito ligada, é muito forte. Existe uma rede de apoio em qualquer lugar*”. Não se ouviu de outros/as participantes se a internet é um lugar de apoio, mas alguns/as relataram que foi no mundo virtual dos *blogs* e páginas que conseguiram as primeiras informações sobre identidades transexuais quando buscaram se compreender, mas não tinham coragem ou não sabiam onde buscar informações presencialmente. Ademais, depois da autoidentificação, foi no mesmo mundo virtual que conseguiram as primeiras dicas e informações sobre hormonização e cirurgias de redesignação de gênero ou descobriram o ambulatório. Mesmo não interagindo com os/as autores/as ou outros usuários das páginas, como relatou M8, esses foram espaços importantes em seus IT.

## Religiosidades

A maioria das/os participantes da pesquisa disse não ter religião, e algumas pessoas deixaram de seguir suas antigas crenças durante a transição de gênero por considerá-las preconceituosas com a sua existência. Geralmente, as instituições religiosas se colocam como local de cuidado, mas sete participantes se referiram às religiões de forma negativa, identificando-as como barreiras para a boa relação intrafamiliar, como demonstram os seguintes trechos das entrevistas:

*Minha mãe contou pra minha avó e minha avó foi lá na minha casa, falando que eu não podia ser homem, que isso era coisa do diabo. (H3, 23 anos).*

*Meus pais são evangélicos, muito evangélicos! Meu pai terminou o seminário para ser pastor. E por isso foi muito complicado na minha adolescência, porque até então eu me entendia como mulher lésbica e eles não aceitavam. (H10, 25 anos).*

Dentre as religiões que produziram cuidado e interferiram na construção do IT das pessoas trans, destacam-se a Wicca, que é uma religião neopagã, e o candomblé, religião de matriz africana. Em relação à Wicca, foi relatado o contato com a natureza e a celebração entre os pares como fonte de bem-estar:

*A Wicca acredita nas energias da natureza como ser supremo com tudo, que é deus uma energia do mar, do sol, todos eles são deuses [...] E nós que somos bruxas somos seres da natureza. Então a gente tem um grupo que faz celebrações do sol, que são as estações e a gente se junta. (M6, 21 anos).*

Já em relação ao candomblé<sup>24</sup>, já relataram que as religiões afro e o batuque são um dos caminhos percorridos na busca por cuidado, proteção e aceitação da população trans e travesti. Discutem que as religiões de matriz africana operam como fontes estruturadoras de modelos de identificação a partir das relações com os orixás e que as performances ritualísticas colocam os corpos no centro, produzindo novas leituras de gênero e sexualidade.

Nesta pesquisa, somente dois participantes relataram ser candomblecistas, e o relato apresentado mostra como a ritualística acolhe e produz identificação da pessoa trans com as divindades:

*Sobre o meu orixá [Logun-Edé], as pessoas confundem muito, falam que ele é metade homem e metade mulher, mas não é isso. Ele viveu seis meses com a mãe e seis meses com o pai, então ele tem masculino e o feminino muito forte nele mesmo, ao mesmo tempo. Por acaso, meu orixá é esse.*

*Assim como a gente nasce com características físicas dos nossos pais biológicos, com os nossos pais espirituais é a mesma coisa. (H9, 20 anos).*

Essa tutela do orixá sobre a pessoa cria uma relação de proteção e cuidado, que é potencialmente geradora de saúde e bem-estar. O candomblé, tradicionalmente reconhecido como uma religião acolhedora dos indivíduos excluídos socialmente, tem passado por reflexões sobre o binarismo dos papéis de gênero que pautam a tradição religiosa e produzem diferenciações nos papéis de gênero dentro do terreiro. Esse debate, ainda incipiente, que acolhe a diversidade de orixás e suas expressões femininas, masculinas e ambivalentes, vem desconstruindo a visão binária que se contrapõe à pluralidade do ser humano<sup>29</sup>, tornando o espaço mais receptivo para pessoas com variabilidade de gênero.

Dessa forma, as pessoas trans que frequentam os espaços do candomblé, reconhecem seus terreiros como ambiente de amparo, conforto espiritual. Esse sentimento de pertencimento a um determinado grupo torna-se relevante na produção de redes de apoio e dos itinerários construídos.

## Movimento estudantil e grupos universitários

O abandono precoce das atividades escolares é uma realidade de transexuais e travestis no Brasil e no mundo<sup>30</sup>. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) estima que cerca de 70% das pessoas trans não concluíram o ensino médio e que apenas 0,02% delas encontram-se no ensino superior. Usualmente, violências de gênero são reproduzidas nos ambientes educacionais desde o ensino fundamental ao ensino superior, provocando um aumento da evasão escolar de travestis e transexuais<sup>19</sup>.

Nesse contexto, as instituições escolares são apontadas como normatizadoras e construtoras de saberes e verdades sobre o corpo, a sexualidade e o gênero, moldando o que seriam

os ‘padrões’ adequados de comportamento. Qualquer variação desse padrão situa a pessoa em um lugar marcado como hierarquicamente inferior, sendo essas instituições apropriadas para impedir a sedimentação do ‘anormal’ e ‘desviantes’<sup>31,32</sup>.

Como efeito da demarcação dessas identidades como anormais, as escolas provocam o ajustamento dos gestos, desejos e comportamentos que devem ser disfarçados ou negados nos corpos<sup>32,33</sup>; e mais do que isso, provocam a expulsão e a exclusão dessas pessoas, pois elas não ‘cabem’ nessa escola. A violência na escola se anuncia nas falas, gestos e regras, configurando-se como *bullying*, desrespeito ao nome social, atividades orientadas por gênero, dificuldade no uso do banheiro, entre outros exemplos recorrentes de violências sofridas nos ambientes escolares por quem foge às normas sexuais e de gênero. Violências que, muitas vezes, levam à interrupção da trajetória acadêmica e da vida dessas pessoas, como mostram os trechos abaixo:

*Eu tive uns problemas no ensino fundamental. Eu não ia ao banheiro de jeito nenhum. Até o ensino médio eu não ia ao banheiro. Tinha uns horários certos de ir ao banheiro, porque eu sabia que não tinha ninguém e eu ia no banheiro dos professores. (M6, 21 anos).*

*Eu estudei em várias escolas diferentes. Saí de muitas delas, várias, por conta de bullying. Foi bem pesado isso. Aí eu fui pra última escola, onde consegui bolsa, que é o xxx [escola particular frequentada pela elite de Niterói]. Lá não tinha bullying, mas tinha exclusão. (H7, 19 anos).*

Entre os/as participantes da pesquisa, encontraram-se 11 de estudantes universitários/as, 6 com ensino médio completo, 2 tinham o ensino fundamental incompleto e 1 não informou. Entre os/as estudantes universitários/as, alguns/as eram provenientes do movimento secundarista, que participam de coletivos acadêmicos LGBTQIA+, que produziram ações de combate à transfobia que visavam garantir

o direito dessa população nas universidades, mas também produzir debates sobre gênero e sexualidade:

*Eu participo do coletivo trans da UFRJ. Não sou muito ativo, mas eu sei que posso sempre recorrer a eles e se tiver algum problema nestas questões, esse coletivo vai lançar uma nota, vai marcar uma reunião com o centro acadêmico, com a reitoria ou com a coordenação do curso. Eles fazem ações na calourada, que é um local muito importante, fazendo a parte mais importante, que é o acolhimento. (H7, 19 anos).*

*Eu circulava em muitos grupos de pessoas LGBTI, debates e fui algumas vezes para o Encontro Nacional Universitário de Diversidade Sexual e Gênero, o ENUDSG. Eu tive a oportunidade de conhecer alguns caras trans que tinham muita consciência de quem eles eram e do porquê, falavam sobre isso de uma maneira tranquila. E nesse contato com eles eu pude compreender a minha transexualidade a partir de um outro lugar. (H8, 23 anos).*

Essas falas são exemplares da potencialidade da criação dos coletivos na transformação das realidades locais, na apresentação de novos conceitos e novas vivências. O ambiente universitário, que tradicionalmente é visto como um local de violência e preconceito contra essa população, apresentou-se como um espaço de encontros, proteção e autoaceitação, possibilitando a produção e ressignificação de projetos de vida:

*Eu quero muito conseguir fazer uma pós. Eu estou com um projeto na faculdade que me interessa muito, que é sobre anarquismo queer. E eu estou me dedicando a isso muito por amor, sabe? Eu quero estudar pro resto da vida, sabe? Ser acadêmico mesmo. (H7, 19 anos).*

*Eu estou começando a pensar no futuro agora. Eu não conseguia pensar, achava que eu não ia conseguir chegar aos vinte anos. Eu não tinha essa perspectiva de futuro assim. E agora eu penso que*

*esse ano eu já me formo, já tô trabalhando no TCC. Depois quero fazer o reingresso para psicologia, um mestrado. A gente vai achando uns aliados na universidade. (H9, 20 anos).*

*Eu desejo crescer profissionalmente e afirmar a potencialidade de pessoas trans, que é com isso que eu trabalho (na faculdade), desejo ter uma vida afetiva maneira, ter amigos, família, uma vida normal, mas enchendo o saco da sociedade cisnormativa, só isso. (H8, 23 anos).*

Evidenciou-se que foi nos ensinos fundamental e médio que os/as participantes encontram as maiores dificuldades. Entre os/as 20 entrevistados/as, 6 homens e 3 mulheres trans estavam fazendo graduação em uma universidade, mas foram os homens que relataram ter encontrado algum tipo de apoio nessa instituição.

Ao que parece, a entrada dessas pessoas nas universidades é uma chance de transformação também para essas instituições, um movimento de mão dupla em que todos ganham. Apesar disso, essa população continua enfrenando dificuldades de permanecer devido à incompreensão e ao preconceito de estudantes e docentes<sup>33</sup>.

## Movimentos sociais

Os movimentos sociais de defesa dos direitos da população LGBTQIA+ têm se mostrado fundamentais no encaminhamento e nas lutas pelas demandas dessa população, tendo influência importante na formulação de políticas públicas<sup>34</sup>. Nos últimos tempos, o direito de uso do nome social e a possibilidade de mudança do nome civil, concedida pelo Supremo Tribunal Federal em 1º de março 2018, geraram uma nova demanda de informação, que impulsionou a população a buscar informações nos movimentos sociais, como comentou um dos participantes.

Em Niterói, o Grupo Diversidade de Niterói (GDN) exerce um papel fundamental nas

trajetórias de vida da população travesti e transexual no município, inclusive pressionando pela abertura do ambulatório. O grupo também exerce algum nível de ‘controle social’ do ambulatório, identificando e atuando em situações que desrespeitem a população nesse serviço, demonstrando que o movimento social atuante é capaz de transformar os ambientes institucionais.

O GDN foi citado por oito participantes como local de cuidado e potencialização de novos projetos de vida, inclusive no âmbito profissional, por meio de pré-vestibular PreparaNem, que foi mencionado em algumas entrevistas como caminho para a realização de projetos acadêmicos e profissionais:

*Poucas pessoas sabem das portas que nós temos abertas. Hoje nós temos um pré-vestibular do GDN, que é pra todas as pessoas assim, né? Transexuais, travestis, gays, que não tinha e que é público [...] então eu penso em fazer um pré-vestibular, porque eu almejo fazer uma faculdade, eu almejo ter uma profissão. Porque é diferente do que as pessoas pensam, né? Aham que nós, transexuais e travestis, nascemos pra trabalhar na beira de esquina, que não nos encaixamos na sociedade, mas eu me encaixo sim. Eu tenho sim vontade de ter uma profissão, de me formar e eu vou correr atrás disso. Essa é a minha meta. (M5, 25 anos).*

A fala começa revelando o que também se descobriu com a pesquisa: que além de poucos, os espaços de apoio, convivência e promoção da cidadania trans são desconhecidos para boa parte da população trans, sobretudo os/as que têm menos recursos financeiros, menos capital culturais e menor nível de escolaridade. Nesse sentido, a sala de espera do ambulatório revelou-se, também, um espaço de encontro e de trocas de informações desse tipo para essa população<sup>35</sup>. Além disso, revela que Niterói oferecia, no momento da pesquisa, condições bastante favoráveis de convívio e fortalecimento dessa população.

Nas falas dos/as participantes, é possível perceber que ações produzidas pelos

movimentos sociais locais colaboraram para a construção de novos projetos de vida, apresentando caminhos e perspectivas de futuro; apoiando no processo de transição e promovendo autonomia e empoderamento para resistir e reagir às agressões, e na desconstrução dos padrões binários aos quais se referenciavam anteriormente, possibilitando o processo de assumir uma nova compreensão de si e exibi-la socialmente, legitimando suas vivências trans. Sobre isso, a fala abaixo é emblemática:

*Entrei na militância, e aí o tempo foi passando, e a partir de um momento eu comecei a questionar o que são as identidades e fugir dos estereótipos, porque eu poderia ser uma mulher e não demonstrar feminilidade, mas não era o que estava acontecendo. Só que eu tinha muita resistência a me afirmar como homem trans. Por todo esse contato com o feminismo, com a militância, eu já tinha noção do que é ser um homem na sociedade, um homem cis, com os exemplos que eu tinha de masculinidade... Então eu entendi que eu sou trans. [...] (H9, 20 anos).*

Em seu processo de descoberta e empoderamento de sua identidade trans, auxiliado pelo contato com os movimentos sociais, ele desafia os critérios diagnósticos da transexualidade ao aceitar que certas características do seu corpo e sua performance de gênero poderiam não se encaixar no que se esperava de um homem trans. Assim, além da influência dos movimentos sociais na vida de H9, o seu relato mostra a fragilidade da narrativa do ‘transexual verdadeiro’ ao evidenciar as múltiplas possibilidades de vivência de gênero não normativo construído pela medicina e adotado socialmente<sup>5</sup>.

## Considerações finais

Procurou-se com este trabalho apresentar e discutir os IT construídos pelos/as participantes da pesquisa, moradores de Niterói, por meio e suas redes sociais.

Ficou evidente que os itinerários que mais produziram cuidado foram os que puderam contar com o acolhimento e o respeito às identidades, a articulação da rede de atenção à saúde, a abordagem não patologizante dos serviços e com relações de apoio fortalecidas.

Nas redes sociais envolvidas no cuidado dessa população, foi possível identificar a família, os amigos, as instituições de ensino e as religiões. Por outro lado, esses mesmos espaços também foram, para outras pessoas, produtores de opressão e violência em outras situações, impactando negativamente na saúde da população trans.

O ativismo social e a participação em movimentos políticos LGBTQIA+ foram recursos encontrados para ressignificar as vivências trans, produzindo uma rede cuidadora para essas pessoas e transformadora para os espaços institucionais, além de fomentar a produção de novos projetos de vida – enquanto a maior parte das famílias foi retratada como prejudicial, não se configurando como espaço de apoio e acolhimento. Por isso, é urgente uma abordagem familiar pelos serviços de saúde, de forma que estas possam receber orientações sobre a importância do acolhimento familiar para a promoção da saúde física e mental das pessoas trans.

A relação que a pessoa trans estabelece nos espaços em que vive é determinante para a sua qualidade de vida, sendo necessário propor a intervenção dos serviços para que atuem a partir de uma ótica ampliada da saúde. Entende-se, dessa forma, que a busca pelo cuidado de transexuais se dá em múltiplas dimensões e que é necessário combinar a compreensão da saúde em seu conceito ampliado, mas reconhecer também as especificidades da população trans e a multiplicidade de expressões dessas identidades.

Para além dos serviços assistenciais, as políticas voltadas à população trans devem valorizar uma articulação intersetorial que seja capaz de promover cidadania e contribuir para que essa população ocupe e participe de diversos cenários e espaços sociais, possibilitando

a reparação da marginalização histórica a que é submetida e que vem reduzindo os seus espaços sociais de ação às esquinas e às ruas da cidade. Dessa forma, será possível traduzir as políticas de saúde trans em um cuidado pautado pelo paradigma da integralidade e dos direitos humanos.

Ficou evidente que, para esse grupo, as redes sociais foram fundamentais para o processo de empoderamento de suas identidades e questionamento dos critérios diagnóstico e patologizante da transexualidade. Assim, torna-se evidente que o cuidado pode ser exercido por diferentes grupos, pessoas e organizações, não somente pelos serviços de saúde. Inclusive, é importante que os serviços sejam capazes de articular intersetorialmente e interinstitucionalmente as respostas para as necessidades de saúde das pessoas trans, para que o cuidado em saúde seja realizado de forma integral.

Como limitações deste trabalho, aponta-se o recorte de classe e de formação dos/as participantes, muitos de classe média e em formação universitária. Outrossim, a localização do ambulatório, uma cidade da região metropolitana

do Rio de Janeiro que, no momento da pesquisa, apresentava condições favoráveis para a promoção da saúde da população trans se comparada com o cenário nacional. Essas particularidades certamente atravessaram as vivências e as falas dos/as participantes com relação aos seus itinerários de saúde.

## Colaboradoras

Selles BRS (0000-0001-7906-635X)\* e Ribeiro CR (0000-0002-0262-0073)\* contribuíram para concepção, desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Almeida PF (0000-0003-1676-3574)\* contribuiu para concepção, interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do manuscrito. Ahmad AF (0000-0002-1269-3612)\* contribuiu para coleta dos dados, análise dos dados, escrita e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Lemos A (0000-0001-9705-6200)\* contribuiu para coleta dos dados, desenho do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. ■

## Referências

- Almeida G. Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades? *Est. Fem.* 2012; 20(2):513-523.
- Liszewski W, Peebles JK, Yeung H, et al. Persons of nonbinary gender - awareness, visibility, and health disparities. *N Engl J Med.* 2018; (379):2391-2393.
- Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(4):e00111318.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: MS; 2013.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Borba RO. (Des)Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.
6. Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Rev.Soc. Estado*. 2012; 27(2).
7. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1509-1520.
8. Mangia EF, Marumoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup. Univ*. 2008; 19(3):176-182.
9. Cabral ALLV, Martinez-Hamárez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(11):4433-4442.
10. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Rev. Ciênc. Soc*. 2015; (42):29-43.
11. Demetrio F, Santana R, Pereira-Santos M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate*. 2019; 43(esp7):204-221.
12. Silva Junior AG, Pinheiro R, Alves MGM et al. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, et al. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; Abrasco; 2016. p. 99-124.
13. Pinto DL, Costa DFP, Carvalho LC, et al. Ambulatório de Atenção à Saúde da População Travesti e Transsexual João W. Nery: cuidado e respeito à diversidade. In: Fernandes VR, Magalhães MG, D'Oliveira CBLC, et al. *IdeiaSUS: saberes e práticas nos territórios do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2020.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qualit*. 2017; 5(7):01-12.
16. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*. 2008; 16(4):569-76.
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
18. Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender People: Health at the Margins of Society. *Lancet*. 2016; 388(10042):390-400.
19. World Health Organization. A major win for transgender rights: UN health agency drops 'gender identity disorder', as official diagnosis. 2019. [acesso em 2022 maio 25]. Disponível em <https://news.un.org/en/story/2019/05/1039531>.
20. Carvalho M. "Travesti", "mulher transexual", "homem trans" e "não binário": interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. *Cadernos Pagu*. 2018; (25):185-211.
21. Braz C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00110618.
22. Carrara S, Hernandez JG, Uziel AP, et al. Body construction and health itineraries: a survey among travestis and transpeople in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4)e00110618.
23. Florêncio LLE, Souza KR, Oliveira ECDS, et al. Therapeutic itinerary of transsexual people in light of human rights. *Nurs Ethics*. Dec. 2020; 28(5):704-713.
24. Souza MHT, Signorelli MC, Coviello DM, et al. Em busca de atendimento à saúde: itinerários te-

- rapêuticos das travestis de Santa Maria - RS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(7):2277-2286.
25. Brown C, Porta CM, Einseleberg ME, et al. Family Relationships and the Health and Well-Being of Transgender and Gender-Diverse Youth: A Critical Review. *LGBT Health*. 2020; 7(8):407-419.
26. Liszewski W, Peebles JK, Yeung H, et al. Persons of nonbinary gender - awareness, visibility, and health disparities. *N Engl J Med*. 2018; (379):2391-2393.
27. Foucault M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1997.
28. Soares M, Feijó MR, Valerio NI, et al. O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2011; 21(48):83-92.
29. Soares KRA, Vianna MB, Ferreira AP. A transexualidade e a tradição do candomblé: gênero e cultura em debate. *Interf. Cient. Hum. Soc*. 2021; 9(2):134-153.
30. Newhook JT, Winters K, Pyne J, et al. Teach your parents and providers well. *Le Méd. fam. canadien*. 2018; 64(5):332-335.
31. Scot FD, Garcia MRV. Trans-formando a universidade: um estudo sobre o acesso e a permanência de pessoas Trans no Ensino Superior. *Perspectiva*. 2020; 38(2):01-25.
32. Benevides BG. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Distrito Drag, ANTRA; 2022.
33. Louro GL. Corpo, escola e identidade. *Educ. Realidade*. 2000; 25(2):59-76.
34. Simpson K. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
35. Ribeiro CR, Ahmad AF, Fraga FA, et al. E educação em saúde numa sala de espera e acolhimento para a população travesti e transexual. In: Teixeira CP, Guilam MCR, Machado MFAS, et al., organizadores. *Atenção, Educação e Gestão: produções da rede Profsaúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2021. (v. 3).

---

Recebido em 28/10/2021

Aprovado em 20/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação: construindo saberes e práticas no diálogo cotidiano e afetivo com o território

*Extended Action-Research Community: building knowledge and practices in daily and affective dialogue with the territory*

Fatima Pivetta<sup>1</sup>, Marize Bastos da Cunha<sup>1</sup>, Marcelo Firpo Porto<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E614

**RESUMO** O artigo objetivou discutir os aprendizados com as Comunidades Ampliadas de Pesquisa-Ação (CAP) em favelas do Rio de Janeiro, como contribuição às discussões conceituais e metodológicas no campo da saúde coletiva, na perspectiva da Promoção Emancipatória da Saúde e da Educação Popular. Com as CAP, como foi sintetizada esta metodologia, buscou-se responder a um dos principais desafios de pesquisas qualitativas em favelas: uma construção metodológica que possibilite a compreensão da forma por meio da qual os moradores desses territórios experimentam e respondem às situações de saúde. O território, como categoria integrativa de análise para compreender os processos de determinação social da saúde, impõe à CAP se configurar como uma rede de diálogos interdisciplinares e entre diferentes agentes sociais. A análise da base material documental produzida no período 2003-2020, utilizando a sistematização de experiência como metodologia de pesquisa, resultou na identificação de três eixos que estruturam o método CAP, metodologia assim denominada: 1) o cotidiano como engrenagem da dinâmica da CAP; 2) o território e os agentes sociais do diálogo; e 3) as ferramentas artesanais de co-laboração com o território. A partir desses eixos, conclui-se ser o método CAP uma rede de produção de conhecimentos e interlocução entre pessoas-lugares-territórios.

**PALAVRAS-CHAVE** Promoção da saúde. Educação popular. Produção compartilhada de conhecimentos. Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação. Favelas.

**ABSTRACT** *The article aims to discuss the lessons learned from the Extended Action-Research Community (CAP) in favelas in Rio de Janeiro, as a contribution to conceptual and methodological discussions in the field of Public Health, from the perspective of Emancipatory Health Promotion and Popular Education. With the CAPs, we seek to respond to one of the main challenges of qualitative research in favelas: a methodological construction that makes it possible to understand the way the residents of these territories experience and respond to health situations. The territory, as an integrative category of analysis to understand the processes of social determination of health, requires CAP to configure itself with a network of interdisciplinary dialogues and between different social agents. The analysis of the documentary material base produced in the period 2003-2020, using the systematization of experience as a research methodology, resulted in the identification of three axes that structure the CAP method: 1) everyday life as the dynamics gear of CAP; 2) territory and the social agents of dialogue; and 3) artisanal tools to collaborate with the territory. Based on these axes, we conclude that the CAP method is a network for knowledge production and dialogue between people-places-territories.*

**KEYWORDS** *Health promotion. Popular education. Shared production of knowledge. Extended Action-Research Community. Slum.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. pivetta08@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde (Neepees) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Um dos maiores desafios de pesquisas qualitativas desenvolvidas no campo da saúde pública em territórios de favelas e periferias urbanas reside na construção metodológica que, para além da incorporação da dialogicidade freiriana, possibilite a compreensão da forma por meio da qual moradores dessas localidades experimentam e respondem a situações de saúde, produzidas por processos contextualizados de determinação da saúde.

O Método da Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação (CAP), tema de pesquisa de doutorado desenvolvida de 2018 a 2020, é um dos caminhos que vem sendo experimentado de forma a responder a esse desafio, sendo tributário de experiências diferenciadas, desenvolvidas em diversos campos de conhecimento. Em reflexão anterior, destacou-se como a CAP dialoga com proposições do Movimento Operário Italiano, bem como autores do campo da saúde do trabalhador, que propõem as comunidades ampliadas de pesquisa a partir da experiência francesa da ergologia. Outrossim, apontou-se a origem da CAP a partir da ideia de comunidade ampliada de pares, como estratégia de garantia da qualidade na produção de conhecimentos, como base epistemológica da ciência pós-normal. Na mesma discussão, apresentaram-se os desafios da construção desse método, em territórios como os de favelas do Rio de Janeiro, onde se superpõem múltiplas violências, e são evidentes alguns limites à expressão e à participação social e política da população<sup>1</sup>.

Ressalta-se que o desafio da construção compartilhada de conhecimentos implica necessariamente o desafio da democracia e da ética, e, nesse sentido, urge que as reflexões sobre os processos de determinação social da saúde conectem as dimensões sanitárias, ambientais, políticas e culturais relacionadas com as desigualdades sociais, os déficits de democracia e as assimetrias de poder que marcam, em particular, os territórios de favelas<sup>2</sup>. Para enfrentar tais desafios, nos aproximamos ainda

mais da perspectiva freiriana. Como afirmado na mesma reflexão referida, encontramos nos conceitos de cultura, dialogicidade e inédito viável de Paulo Freire as bases político-pedagógicas que dão sentido à CAP do Laboratório Territorial de Manguinhos<sup>3</sup>: a Comunidade como movimento de promoção de autonomia e libertação individual e coletiva, enquanto espaço de produção de conhecimentos sobre o território e de formação para a emancipação de todos, moradores e pesquisadores<sup>1</sup>.

Neste texto, explicita-se como vem sendo enfrentado o desafio da construção do conhecimento, por meio da CAP implementada em territórios de favelas, abordando, em particular, a dimensão do cotidiano. Guiou-se por uma das perguntas de pesquisa: quais estratégias, dinâmicas, atividades e produções desenvolvidas pela CAP constituem os movimentos dialógicos que particularizam a metodologia?

Neste artigo, trazem-se alguns resultados de uma pesquisa de doutorado que foi desenvolvida no período 2018-2020, integrada a um projeto de pesquisa e inovação (CEP/Ensp sob o CAAE N° 97805218.5.0000.5240). A experimentação da CAP em diferentes contextos, trabalho de campo do referido projeto, juntamente com o acervo documental – relatórios técnicos, diários de campo, relatórios de oficinas e de seminários e publicações acadêmicas –, resultante de experiência com as atividades de pesquisa e de cooperação desenvolvidas na favela de Manguinhos, no Rio de Janeiro, desde 2003, formam a base de dados deste trabalho<sup>3</sup>.

Na busca do melhor caminho que responda à particularidade da pesquisa, voltada para uma reflexão crítica da CAP, recorreu-se à metodologia da sistematização de experiência consolidada por Oscar Jara<sup>4</sup> no campo da Educação Popular, cujo princípio afirma a própria experiência como o ponto de partida para a produção de conhecimentos. Jara busca reforçar a ideia de sistematização como uma interpretação crítica, que se origina de um complexo esforço de localização, descrição, classificação, análise e reflexão do que se vive na experiência. Tendo em vista que se

construiu, com experiência particular, um processo inédito e irrepetível, deve-se aproveitá-la, precisamente por sua originalidade, como fonte de aprendizado, e dela extrair aprendizados e compartilhá-los. Além disso,

Sistematizar experiências, em definitivo, é um instrumento privilegiado para que possamos realizar todo ele como um desafio para criação de novos acontecimentos inéditos, porém carregados de sentido<sup>4(57)</sup>.

Os resultados da análise, discutidos neste artigo, refletem, portanto, os aprendizados expressos na forma dos três eixos que estruturam o Método CAP: 1) o cotidiano como engrenagem da dinâmica da CAP; 2) o território e os agentes sociais do diálogo; e 3) as ferramentas artesanais de co-laboração com o território. Tais eixos são as dimensões fundamentais da operacionalização da CAP como um dispositivo metodológico de produção compartilhada de conhecimento em favelas e periferias urbanas, capaz de incorporar em sua dinâmica de pesquisa os problemas, as situações-limite e os inéditos viáveis experimentados por moradores, bem como pela própria equipe de investigação, em diálogo com eles. Ao mesmo tempo, de forma a responder aos desafios do trabalho de campo, amplia seu leque de interlocuções em um caminho artesanal, recorrendo à expressão de Mills<sup>5</sup>, construído no diálogo entre diferentes áreas do conhecimento em que se destacam, especialmente: as contribuições da filosofia, que vem refletindo sobre a vida cotidiana em Benjamin<sup>6</sup> e Heller<sup>7</sup>; da antropologia, que, de forma geral, debruça-se sobre a observação da vida em tais territórios<sup>8</sup>, recorrendo ao cotidiano como escala de análise; dos estudos sociológicos voltados para a sociabilidade da vida em comum<sup>9-11</sup>; da geografia crítica, presente em estudos sobre o cotidiano e a multiterritorialidade<sup>12,13</sup>; e da educação popular, que contribui para pensar o processo dialógico forjado no cotidiano.

Apresentam-se e discutem-se aqui os três eixos referidos, sob a forma de uma reflexão cujo objetivo é compartilhar o modo de operacionalização da CAP. Dessa forma, afirma-se o princípio do próprio método da sistematização de experiência, trazendo, aqui, os conhecimentos e os aprendizados resultantes da sistematização da experiência.

Inicia-se a exposição desses eixos, que são princípios do método CAP, argumentando como o cotidiano configura a engrenagem principal da CAP, para, em seguida, analisar a CAP enquanto uma rede de agentes e relações que se constitui no território. Por fim, apresentar as principais ferramentas de trabalho da CAP, que lhe conferem movimento e possibilitam a dialogicidade, mesmo em situações-limite de vulnerabilidade.

Dessa forma, procurou-se contribuir para as discussões metodológicas no campo da saúde coletiva, na perspectiva da Promoção Emancipatória da Saúde (PES)<sup>14</sup>. Tal perspectiva é referenciada nas abordagens da determinação social da saúde e da educação popular, cujas bases conceituais foram enunciadas em texto anterior<sup>14</sup>; bem como com as reflexões sobre a pesquisa participante no contexto urbano de favelas e de um convívio cotidiano com territórios em intensos movimentos e dinamicidade. Compreende-se também a CAP como uma contribuição interdisciplinar para a ressignificação da participação, enquanto um dos pilares centrais da promoção da saúde, inscrita na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)<sup>15</sup>.

## O cotidiano como engrenagem da dinâmica da Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação

O cotidiano como engrenagem do Método CAP se expressa em duas dimensões: no trabalho do pesquisador, em que o cotidiano se constitui como espaço-tempo do diálogo com

o território; e o cotidiano do território, no qual se inscrevem os processos invisibilizados e silenciados, que muitas vezes apontam para eventos críticos<sup>8</sup>.

Lindón<sup>16(41)</sup>, ao recuperar a ideia de cotidiano de Lefebvre “como a trama das 24 horas de um dia qualquer e de um sujeito qualquer”, leva a pensar o cotidiano não apenas como o lugar da ação e o espaço da reprodução social, mas também como um lugar de transformação, o centro do acontecer histórico<sup>7</sup>. Nesse sentido, o cotidiano tomado como espaço da micropolítica, um espaço-tempo de interação com o território, pode favorecer a elaboração de uma visão compreensiva dos processos de determinação da saúde. Ele articula os “fragmentos da história do mundo e da sociedade”, enfim, as dimensões estruturais que produzem e se reproduzem no território, com o agenciamento dos agentes sociais locais, possibilitando estabelecer as relações entre as dimensões micro-macro e a “emergência dos componentes da vida cotidiana” que produzem a saúde<sup>12,17</sup>.

Apontando na mesma direção, Martins afirma que encontramos a produção social inovadora nas ações cotidianas. Assim, diz o autor, estar atentos para reencontrar a historicidade da ação e da práxis nas invisibilidades da vida cotidiana, e para compreender os processos cotidianos e suas relações com estruturas sociais profundas e datadas, duradouras e ocultas. Um cotidiano que é fragmentário, fugaz, episódico, espaço do instantâneo, do evento<sup>9</sup>. Tais dimensões que emergem das narrativas dos moradores revelam invisibilidades nos processos de produção da saúde e da doença, e são, portanto, um espaço estratégico para o que Santos denomina de uma sociologia das ausências<sup>11</sup>.

O cotidiano assim apreendido permite compreender a pluralidade dos agentes históricos e sociais e a multiplicidade dos espaços em que se dá a ação política. Possibilita também pensar a experiência e os fatos culturais, políticos e ideológicos, aí identificados como instituintes do movimento social e do saber popular.

No diálogo com o território, o cotidiano se apresenta como o espaço instituinte no qual afloram as possibilidades e as impossibilidades de produção da saúde e da vida. Um cotidiano invisível, complexo e de múltiplas vulnerabilizações e potências, que emergem nas práticas e narrativas dos moradores, nos diferentes espaços de diálogo que são compartilhados<sup>9</sup>.

Para a pesquisa nesses territórios – cuja dinâmica é comumente definida apenas pelos pesquisadores, e ditada pelo tempo acadêmico e pela demanda dos seus projetos –, incorporar as questões trazidas pelos seus moradores e organizações que nele atuam aponta para novos problemas de pesquisas. O artesanato, então, significa incorporar novos temas e inventar técnicas de pesquisa e abordagens ajustadas à natureza cotidiana, mutável, e mesmo perigosa, desses novos temas<sup>5</sup>.

A centralidade do cotidiano no processo de operacionalização de uma CAP ocorre em função de dois aspectos. O primeiro tem a ver com o fato de que o território é a unidade de análise. O cotidiano é a lente privilegiada para observar as experiências, os posicionamentos e as visões dos agentes sociais com os quais se relacionam, sendo os moradores sujeitos centrais desta interlocução. Isso significa que se enfocam situações, desafios e narrativas que remetem à vida cotidiana para desencadear as problematizações. O outro aspecto relaciona-se com o trabalho propriamente dito da CAP, considerando estratégias, dinâmicas, atividades e sistematizações/sínteses que se conceberam para a produção de conhecimentos sobre uma determinada situação-problema proposta pelo território. Sendo assim, para a CAP, o cotidiano representa o espaço-tempo de aproximação com o universo temático inscrito no território e, ao mesmo tempo, o espaço da produção de conhecimentos em uma perspectiva dialógica, em que se busca o exercício da igualdade e da alteridade como princípios da prática emancipatória<sup>3,12</sup>.

O cotidiano como engrenagem das dinâmicas da CAP significa que o processo de trabalho da pesquisa se deixa impregnar pela realidade

do território, incorporando seus problemas, os eventos que impactam a vida dos moradores e, também, seus desafios. Além disso, aponta para a necessidade da prontidão metodológica como ensina Martins<sup>9</sup>.

## O território e seus agentes sociais: constituindo uma Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação

Diante do desafio de elaborar uma visão compreensiva de uma situação-problema, contemplar como essa situação se distribui nos diferentes espaços e é experimentada pelos diversos agentes sociais do território é tarefa fundamental para a CAP.

Isso implica observar como as dimensões estruturais, sociais, culturais e simbólicas se expressam em termos da territorialização do problema, configurando uma multiplicidade de territórios ou de dimensões em um mesmo território. Trata-se, em outras palavras, de observar a relacionalidade e a espacialidade dos problemas em que os diferentes agentes ou grupos sociais experimentam em razão das suas condições socioeconômicas e culturais, da sua inserção e das relações com o território<sup>13</sup>.

Por isso, a interlocução e a mediação têm lugar em diferentes momentos e envolvem uma diversidade de agentes sociais, na relação cotidiana com o território. O pressuposto é incorporar ao processo de uma CAP os agentes sociais do território que encerram algumas características centrais: serem moradores antigos, trabalharem em projetos sociais, desenvolverem trabalhos sociais ou atuarem em coletivos no território. Os primeiros diferenciam-se pelo fato de acumularem um conhecimento sobre a história local e as mudanças no território, especialmente no que se refere às políticas públicas, bem como sobre as diferentes causas que dão origem ao problema. Já os

que atuam em trabalhos sociais ou em coletivos sobressaem-se pelo conhecimento produzido a partir de seu trabalho ou ação local, estabelecendo interlocução regular com agentes supralocais, como profissionais de saúde, educação e assistência social, fóruns sociais da cidade, representantes de conselhos de direitos humanos e grupos acadêmicos<sup>18</sup>. Também são eles que mantêm contato mais estreito com os moradores do território, em sua experiência cotidiana; que identificam as especificidades dos problemas em termos de sua territorialização, isto é, no nível em que o problema se configura – individual, familiar ou por localidade de moradia –, bem como suas causas potenciais. A escuta cotidiana do território em seu todo possibilita a definição de uma situação-problema em um dado contexto e o início do processo de uma CAP, mediante a incorporação gradativa de moradores.

O grupo que está à frente dos movimentos da CAP, nomeado Núcleo CAP, é constituído pelas pessoas que, em diálogo cotidiano com o território, respondem pelas discussões iniciais, pelo planejamento, pela organização e pela avaliação de todas as ações. Esse Núcleo é composto não só por pesquisadores e moradores do território, mas também por pessoas de outros lugares que, por suas experiências, participam, por exemplo, como coordenadores de trabalho de campo. Inclui igualmente profissionais de saúde e educação atuantes nos territórios, que se incorporam ao projeto por serem referências para a temática sobre a qual está sendo implementada uma pesquisa ou uma intervenção.

De importância fundamental para o desenvolvimento do processo da CAP, a constituição do Núcleo CAP no território envolve um processo dialógico intenso com os moradores, identificados com o que Bourdieu denomina “analistas práticos”<sup>10(591)</sup>, uma espécie de especialistas do lugar, e com profissionais atuantes no território. Esse diálogo se dá em torno não apenas da temática para produção de conhecimentos, mas também das possibilidades de

participação no Núcleo em termos de experiências e conhecimentos sobre a situação-problema e das disponibilidades pessoais, entre outras, respeitando sempre o princípio da autonomia.

Por tudo isso, as diferentes inserções no território e experiências desses analistas práticos são centrais para a sistematização preliminar da situação-problema. Elas permitem um mapeamento prévio do problema e a identificação das suas causas, desde as estruturais até as diferentes formas em que ele se manifesta. Isso resulta em uma espécie de espacialização, que possibilita identificar os modos de expressão do problema no território e os agentes sociais direta ou indiretamente implicados, que, com seus diferentes pontos de vista, poderão contribuir para as reflexões e sistematização na produção de conhecimentos sobre a temática nas discussões de uma CAP.

O Núcleo vai definindo, processualmente, estratégias e dinâmicas de aproximações e diálogos, de acordo com as possibilidades dos contextos do território e pessoais, lançando mão de conversas individuais, reuniões, presenciais ou por WhatsApp, telefone etc. A partir daí, uma rede de interlocução é criada, agregando vários agentes sociais ao processo na mobilização para os encontros e as oficinas de discussão coletiva da temática. Esse esforço envolve escutas, negociações e mudanças, assentadas na identificação de questões que aproximam ou causam divergências, inclusive recuos em decisões previamente tomadas.

Embora a CAP tenha esse núcleo central, o processo envolve muitos outros participantes. Uma oficina organizada pela CAP, por exemplo, para discutir a situação-problema selecionada ou os resultados dessa discussão, incluirá diversas pessoas que não fazem parte do Núcleo. Ademais, é comum também que participantes de alguma atividade da CAP, como a própria oficina, manifestem interesse pelo trabalho de pesquisa-ação e venham a integrar a pesquisa em seu conjunto.

Em resumo, uma CAP se constitui no território em torno de uma rede de relações

cotidianas com moradores e trabalhadores, que acumulam um conhecimento resultante de experiência vivida sobre o lugar. O desenho metodológico da CAP não se dá por amostra quantitativa, não tendo como foco atingir um determinado número de pessoas, mas sim aquelas que têm conhecimentos sobre o lugar, devido à sua posição decorrente do tempo de moradia e circulação em diferentes espaços no território e na cidade, e aquelas que elaboram uma visão da situação a partir de sua experiência, tendo vivenciado o problema em seu limite. É importante também evitar convites de organizações e pessoas que estão, por sua natureza estrutural ou conjuntural, mais interessadas em disputar posições do que escutar e dialogar com o coletivo, em um processo de inter e autoaprendizados. Nesse sentido, a produção dos conhecimentos, e sua ampliação, não ocorre pela maximização de visões, mas sim pela produção de uma visão compreensiva, considerando os diferentes pontos de vista daqueles que participam de um processo de produção de conhecimentos sobre determinada temática<sup>3</sup>.

## **Visitas de campo, oficinas e os meios e mídias de comunicação: as ferramentas artesanais de co-laboração com o território**

Na perspectiva da metodologia CAP, as ferramentas são formas de trabalho que vão sendo engendradas a fim de possibilitar a comunicação dialógica com os agentes sociais no fazer cotidiano da produção compartilhada de conhecimentos.

Na verdade, muitas das ferramentas já adotadas em pesquisas qualitativas são reinventadas. São ressignificadas, na medida em que se discutem os seus sentidos para a ampliação do diálogo e se aprende com o morador, por exemplo, o lado informal do processo de

trabalho, por meio de dinâmicas que favoreçam a aproximação, a comunicação, a produção do conhecimento, a partir do que Bourdieu chama construção do espaço de pontos de vista<sup>10</sup>. Apresentam-se aqui as três principais ferramentas da CAP: as visitas de campo, as oficinas e os meios e mídias de comunicação.

A importância de percorrer o território nas visitas de campo, no processo de uma CAP, reside na potencialidade do diálogo direto com as pessoas encontradas nas ruas e vielas e mesmo nas suas casas, sejam elas simples moradores, lideranças ou aqueles que trabalham na localidade. Isso permite ver de perto o problema e suas causas. O deslocamento dos pesquisadores, em especial em direção ao lugar onde as pessoas estão, para conhecer e dialogar nos seus lugares de moradia, abre a possibilidade de estabelecer elos de confiança e entrevistar em uma situação observacional, na qual se tem acesso a depoimentos mais descontraídos, e às imagens da localidade. Significa, ainda, reafirmar que se está junto, andando ao lado, conhecendo alguns dos riscos e desafios que os moradores vivem em seu cotidiano. Por exemplo, em janeiro de 2014, ao percorrer uma das localidades em Manguinhos, no âmbito de um projeto de avaliação participativa do PAC Favelas, na conversa, um morador faz um desabafo: *“ninguém conversa com os pequenos, vocês foram os únicos”*. Esse é o sentido das visitas de campo: conversar com os ‘pequenos’, o morador comum – sujeito da interlocução da CAP, cuja voz é silenciada ou invisibilizada.

Em situação semelhante, foi possível ouvir o relato de uma moradora em outra localidade. Envolvida em tantos problemas, entre os quais o esgoto a céu aberto que a levou a comprar água mineral para beber, pois não tinha coragem de tomar a água da rede de abastecimento, acabou perdendo o emprego. Nessa conversa, foi possível testemunhar a invisibilidade de muitos processos de produção de doenças em Manguinhos – o estresse e a hipertensão causados pelas condições de vida relatadas pela moradora. Só se pode ter acesso a situações invisibilizadas pelos sistemas de dados oficiais porque se estava ali, no lugar

do acontecimento; e só se pode dimensioná-las quando se dialoga diretamente com as pessoas que estão expostas a esses problemas em suas vidas cotidianas.

Outra ferramenta fundamental é a oficina. Ela se constitui na estratégia principal para reunir, confrontar e estabelecer diálogos entre distintos saberes e perspectivas. A oficina de discussão é a mais importante atividade de uma CAP, pois é nela que há o debate entre as diferentes visões e experiências sobre a temática em questão no território. É até possível desenvolver uma CAP e estudar um problema sem percorrer o território, mas não é viável a elaboração compreensiva do mesmo sem o debate entre os diferentes pontos de vista daqueles que estão envolvidos e que tem experiência com esse problema.

O diálogo com a educação popular tem permitido conceber tais oficinas não apenas como uma ferramenta capaz de produzir conhecimentos e respostas a problemas em saúde que envolvem múltiplos saberes e experiências, mas também como um espaço formativo de todos os participantes, resgatando o princípio freiriano de promoção da autonomia. A oficina é um espaço coletivo privilegiado de diálogo, que promove e favorece a reflexão crítica e é, portanto, espaço potente de troca e recuperação de experiências, bem como de reapropriação dos conhecimentos por parte dos moradores. É, também, no sentido inverso, espaço de humanização e ampliação de conhecimentos por parte dos pesquisadores, pois, nela, as condições de vida e situações de saúde são confrontadas e reelaboradas coletivamente, como resultado do investigar, do morar e do viver em um dado território<sup>1</sup>.

São três os componentes que fazem com que uma oficina cumpra seu papel de principal atividade de uma CAP: os participantes, o acolhimento e a dinâmica e mediação. Com relação aos participantes, já se discutiu anteriormente, mas cabe destacar quão relevante é a participação de vozes dissonantes com relação ao tema e o cuidado em não haver qualquer forma de hierarquização entre os participantes.

O acolhimento é fundamental e começa na forma do convite, formulado pessoalmente pela equipe do Núcleo da CAP, principalmente, por suas relações de proximidade com os moradores. No convite, há a preocupação de deixar claros os objetivos e interesses, bem como o local escolhido, para que todos se sintam à vontade, o qual é organizado de forma a dar leveza ao espaço e segurança para um diálogo aberto. O acolhimento é reforçado pelo lanche, servido no início da oficina, e tem uma função primordial, por ser o momento em que as pessoas se encontram, se conhecem e se reconhecem e estabelecem os primeiros diálogos. É um tempo importante para a descontração e a sociabilidade da oficina, particularmente entre aqueles que ainda não se conhecem ou são pessoas tímidas ou sem experiência de falar em público.

Por fim, para dinamizar a oficina e mediar o debate, é importante alguém com experiência em discussão coletiva e sensibilidade social, e que empregue uma linguagem que alcance todos. Paralelamente, deve-se recorrer ao uso de materiais, como fotos, textos ou filmes, de acordo com o problema a ser discutido, que promovam e facilitem o diálogo. O tempo de duração e o número de participantes de uma oficina precisam ser considerados, pois deve ser realizada em um intervalo de tempo que permita a participação de todos nas discussões, mas não provoque o cansaço mental e emocional dos participantes.

Para exemplificar, apresenta-se resumidamente a oficina relacionada com o tema do sofrimento social em Manguinhos, em 2019. A natureza da temática – mobilizadora de experiências de dor, com estreita relação entre experiência coletiva e pessoal – exigia um cuidado ético e metodológico particular. Por isso, foi convidada para dinamizar a oficina uma moradora da região, com experiência em educação popular e em pesquisa no próprio território. O Núcleo CAP, já com a participação da dinamizadora, discutiu e organizou uma dinâmica para o encontro, guiando-se por algumas interrogações metodológicas:

como problematizar uma situação que atinge todos e todas, mas que é experimentada de forma pessoal, com efeitos diferenciados nas vidas das pessoas? Como criar um espaço de acolhimento que possibilitasse não somente os relatos dos participantes, mas também a discussão da temática a partir de sua dimensão coletiva? Como fazer da oficina um espaço que venha a contribuir para a elaboração da experiência de dor, produzindo conhecimentos e autoconhecimentos e tornando-a uma forma de ação capaz de favorecer cada um e todos?

Foram então definidas algumas estratégias: problematizar o sofrimento social em sua dinâmica, considerando as transformações no território e no cotidiano dos moradores; abordar as dimensões subjetivas e estruturais geradoras de sofrimento social, evitando situações ou gatilhos que remetesse à memória de dores ou perdas pessoais; incentivar os testemunhos; e, considerando a familiaridade das pessoas com o telefone celular, usar um aparelho como microfone e como ferramenta de registro dos relatos.

A discussão sobre o uso da ferramenta de registro audiovisual ganhou especial destaque. As experiências anteriores com oficinas indicavam que o uso do microfone direcional (de mão) possibilitava qualidade técnica ao registro das falas em áudio e contribuía para o diálogo e a organização dos relatos, pois quem desejava falar esperava o outro terminar a sua intervenção. Não menos importante é o fato de que os participantes gostavam de usar o microfone de mão, no qual colocamos uma etiqueta com a palavra testemunho, expressando uma espécie de reivindicação da fala.

Os meios e as mídias de circulação dos conhecimentos são as outras ferramentas que têm centralidade no processo comunicativo da CAP, como forma de contribuir para ampliar a circulação dos discursos das minorias, dos grupos sociais não hegemônicos, daqueles que não detêm os meios de produção e de circulação de suas visões de mundo<sup>1,19</sup>.

Decorre daí a necessidade de que a produção de conhecimentos e de informações

seja contextualizada às realidades locais; e sua circulação, ampliada como forma de diminuir as assimetrias e desigualdades de poder entre as narrativas para a construção de um projeto democrático de cidade. Para tal, a fim de possibilitar maior dinamicidade à circulação, sistematizamos as informações e os conhecimentos operando com materiais de naturezas distintas – os produtos finais de um processo CAP e os materiais intermediários.

Os produtos finais são os materiais que resultam dos processos de reflexão, sistematização e sínteses da temática da pesquisa. Eles abrangem os documentários, vídeos-relatórios, relatórios de pesquisa e técnicos, textos acadêmicos etc. Os materiais intermediários, por sua vez, são produzidos para a mediação das atividades durante a pesquisa. São organizados para compartilhar conhecimentos prévios da temática, alimentar e facilitar o diálogo no decorrer das atividades e como estratégia para conferir maior dinamicidade às trocas de informações e circulação dos conhecimentos durante o processo de uma CAP. São sistematizados sob a forma de filmetes (vídeos curtos), cadernos e boletins informativos temáticos e fotografias de campo, entre outros.

As redes sociais digitais – Facebook, YouTube e WhatsApp, sobretudo, inserem-se no processo a partir dos aprendizados trazidos pelas experiências de apropriações dessas ferramentas pelos grupos que atuam em comunicação popular nas favelas e que são parceiros. A comunicação via essas mídias, juntamente com a observação de notícias e informes, permite levantar questões fundamentais à agenda da pesquisa e concorre para uma rápida e potente interlocução e produção de sínteses e novos movimentos e produtos<sup>19</sup>.

O WhatsApp tem se tornado um meio importante de comunicação, tanto para a troca de dados e informações quanto para a manutenção das relações de cuidado e afeto, desde o início do isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19. É por intermédio das trocas de mensagem individuais ou em grupo com moradores que tem sido possível o acesso,

nos últimos tempos, ao cotidiano do território. Recebem-se e enviam-se mensagens sobre o trabalho de pesquisa, para informar ou trocar ideias sobre problemas e questões políticas no território e na cidade, sobre problemas de pessoas conhecidas e formas de apoio, dúvidas e assessorias.

Discutimos aqui as principais ferramentas do método, entretanto, o ciclo de produção, circulação e de apropriação de conhecimentos de uma CAP desenrola-se em uma multiplicidade de outras atividades: as planejadas, como o levantamento de informações em documentos, nas redes sociais, entrevistas, criação de materiais (textos, vídeos, fotografias etc.); mas também de atividades que resultam de encontros casuais ou de eventos que fogem à rotina ordinária do território, e que artesanalmente vão sendo criadas e incorporadas ao percurso para dar dinamicidade e continuidade aos movimentos de uma CAP.

## **CAP como uma rede de interlocução entre pessoas-lugares-territórios: uma finalização**

Para além das trocas interdisciplinares, a CAP se constitui como uma rede de interlocução entre pessoas-lugares-territórios. O que se configura neste Método, na prática, é um diálogo regular de saberes, experiências, linguagens e habilidades compartilhadas entre todos que participam das CAP: moradores, pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, profissionais de saúde, de educação etc. O cotidiano se inscreve aqui como o espaço-tempo em que se tece o diálogo, contribuindo para a construção de uma visão compreensiva de determinadas situações-problemas definidas no diálogo na CAP.

O Método CAP, sistematizado e analisado na pesquisa, foi sendo construído na forma de um artesanato metodológico para lidar com a imponderabilidade de um cotidiano

que, para além de inúmeras vulnerabilidades (sociais, econômicas, institucionais e ambientais), é atravessado no seu dia a dia por inúmeras formas de violências; sendo a violência policial uma das mais dramáticas, juntamente com as violências simbólicas (racismo, misoginia etc.) e as político-institucionais relacionadas com a omissão ou a cooptação das instituições e dos políticos em contextos abissais – Abissais, porque submetem os moradores de favelas a uma vida na precariedade, na provisoriidade e na invisibilidade, resultante de processos de desumanização seja pelo racismo, preconceito, estigma ou criminalização<sup>2,20</sup>.

A CAP é marcada pelo ocupar-se com a imprevisibilidade do cotidiano e estreitamente vinculada às possibilidades colocadas pelo território. Isso implica selecionar e reinventar técnicas de pesquisa e abordagens ajustadas à natureza desses novos temas que emergem da vida ordinária do lugar. É também uma espécie de pacto entre os pesquisadores e os agentes sociais do lugar, tendo como compromisso construir possibilidades de compreensão dos processos de determinação social e de produção de conhecimentos em saúde, por meio dos recursos oferecidos pelo território e da ação exercida sobre eles. A própria escolha de uma situação-problema, ou a temática de investigação, não é uma doação ou uma imposição do pesquisador, e sim a devolução organizada sistematizada e acrescentada daqueles elementos que o território entregou de forma aparentemente desestruturada ou incompreensível<sup>21</sup>.

Com base no diálogo cotidiano com o território e seus agentes sociais, particularmente com a favela de Manguinhos, sabe-se que só é feito o que se faz e como se faz porque se constroem redes de confiança e afetos, recorrendo a práticas e formas de comunicação dialógicas co-laborativas, a partir da tessitura dos saberes, das experiências, das habilidades em conhecimentos compartilhados, que atribuam um sentido humano à prática acadêmica e contribua para as lutas transformadoras.

Assim, nas práticas cotidianas, vão sendo conformadas redes no território, e entre territórios, e constituindo a CAP, mais do que como uma técnica, como uma artesanaria. “Uma conversa com a humanidade do outro”<sup>9(34)</sup>, em que o interagir com o cotidiano é olhar as “coisas pequenas”, as práticas ordinárias que dão sentido à ideia do compartilhar, que estrutura a metodologia, em um constante conjugar de os verbos dialogar, testemunhar, afetar, vivenciar, acolher, refletir, produzir, comunicar. O tempo da pesquisa se harmoniza com o tempo dos moradores, no exercício do princípio da autonomia e do princípio da igualdade, como manifestação de reconhecimento e afeto pelas e entre pessoas. O desafio para os pesquisadores é sair do lugar de conforto do espaço tradicional da academia, como processo simultâneo de busca de (auto)conhecimentos e de humanização<sup>3</sup>.

Como uma rede de pesquisa-ação, assentada nas relações que estabelece com o território, as pessoas e os lugares, e voltada para a promoção da vontade de potência, do ser mais, por meio da produção compartilhada de conhecimentos, a CAP concorre para a descolonização do saber e para a legitimação da qualidade dos conhecimentos, eticamente produzidos por uma CAP, bem como para o fortalecimento dos movimentos, das lutas e do esperar de todos que dela participam.

Reafirma-se, assim, a tarefa que se coloca para o setor da saúde, na perspectiva de uma Promoção Emancipatória da Saúde<sup>14</sup>, de promover e criar espaços de legitimação dos conhecimentos produzidos pelos agentes e movimentos sociais das favelas em suas lutas. Conhecimento é poder; portanto, dessa forma, também é redistribuído poder na sociedade, ressignificando a participação popular ao produzir conhecimentos que informam as políticas públicas, particularmente as políticas de saúde pública, estimulando avanços da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

As condições impostas pela pandemia da Covid-19, particularmente a necessidade de distanciamento social, colocaram novos

desafios ético-político para que se continuem juntos no cotidiano. As redes de interlocução, confiança e afeto já constituídas de forma presencial e as experiências de trocas e circulação de informação e conhecimentos por meio das mídias sociais têm auxiliado na manutenção do diálogo com os territórios, via grupos de WhatsApp, conversas por Facebook e encontros via plataformas digitais. Ainda assim, não deixa de ser desafiador pensar muitas questões que já vêm se colocando nesse período de isolamento social, no qual vimos nos comunicando digitalmente para continuar tendo acesso às pessoas, ao cotidiano do território e às suas situações-problemas.

A primeira e mais central dessas questões diz respeito às formas de acolhimento e linguagens afetivas que alimentam o diálogo presencial. O desafio que se coloca é o de reinventar os modos de estar juntos, de adotar novos recursos pedagógicos para diminuir a falta das linguagens dos corpos devido ao distanciamento e pela frieza das janelas de vidro dos computadores, para que se continue existindo como CAP.

Outra questão diz respeito às condições de acesso, tanto aos equipamentos para as pessoas sem recursos para comprar um celular, um computador, quanto apoiar aquelas com dificuldades de obter e lidar com os aplicativos. Também, o imperativo ético de não colocar em risco a vida das pessoas, garantir a segurança das informações, particularmente das que circulam nas reuniões e nos encontros com moradores de favelas.

O alicerce da comunicação da CAP é o afeto: o afeto amoroso com relação ao outro, o afeto no sentido de se deixar afetar pela experiência do outro para compreendê-la. O afeto permite a ocupação de lugar no sistema de comunicação um do outro e possibilita o acesso a processos invisíveis a um e ao outro – e essa troca produz conhecimentos. Manter a interação com o cotidiano, manter a rede de interlocução, confiança e afeto com as pessoas e o território é um dos grandes desafios que se coloca neste momento.

## Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – PPG/Ensp/Fiocruz.

## Colaboradores

Pivetta F (0000-0002-8383-5366)\* desenvolveu a pesquisa, contribuiu para a elaboração da proposta, discussão dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Cunha MB (0000-0001-7509-9138)\* contribuiu para a elaboração da proposta, discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Porto MF (0000-0002-9007-0584)\* contribuiu para a redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Pivetta F, Porto MF, Cunha MB. Comunidades Ampliadas de Pesquisa-Ação do Laboratório Territorial de Manguinhos: um caminho de interação com o território. In: Oddone I, Marri G, Briante G, et al., organizadores. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2020. p. 199-215.
2. Pivetta F, Cunha MB, Porto MFS, et al. Promoção da Saúde e Conhecimentos Emancipatórios: Aprendizados com Pesquisa-Ação nos Territórios de Favelas. In: Figueiredo GLA, Martins CHG, Akerman M. "Vulnerabilidades & Saúde: Grupos em Cena por Visibilidade no Espaço Urbano". São Paulo: Hucitec Editora Ltda.; 2018. p. 383-403.
3. Pivetta F. Comunidade Ampliada de Pesquisa-Ação: uma contribuição metodológica para a promoção emancipatória da saúde nos espaços urbanos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
4. Jara OH. La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE; 2018.
5. Mills CW. Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.
6. Benjamin W. Sobre o programa da filosofia por vir. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2019.
7. Heller A. O cotidiano e a história. 11. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
8. Das V. Vida e palavras: a violência e sua descida ao cotidiano. São Paulo: Editora UNIFESP; 2020.
9. Martins JS. Uma sociologia da vida cotidiana: ensaios na perspectiva de Florestan Fernandes, de Wright Mills e de Henri Lefebvre. São Paulo: Contexto; 2014.
10. Bourdieu P. coordenador. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2008.
11. Santos BS. A gramática do tempo. Para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006.
12. Santos M. Por Uma Geografia Cidadã: por uma epistemologia da existência. Boletim Gaúcho de Geog. 1996 [acesso em 2018 maio 21]: (27):7-14. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/38613/26350>.
13. Haesbaert R. O Mito da Desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
14. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, et al. Comunidades Ampliadas de Pesquisa Ação como Dispositivos para uma Promoção Emancipatória da Saúde: bases conceituais e metodológicas. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(6):1474-1756.
15. Cunha MB, Pivetta F, Porto MFS, et al. Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Botelho BO, Vasconcelos EM, Carneiro DGB, et al., organizadores. Educação popular no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 79-101.
16. Lindón AV. Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. Rev Veredas. 2004; 5(8):39-60.
17. Porto MFS, Rocha DF, Finamore R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(10):4071-4080
18. Cunha MB, Pivetta F, Domingues MT, et al. Lugar de fronteira e de conhecimento nas pesquisas em educação popular: uma reflexão sobre os agentes sociais em movimento. In: Marteleto RM, David HMSL. Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde: diálogos da informação e da educação popular. Rio de Janeiro: IBICT; 2021. p. 95-113.

19. Sousa FM, Cunha MB, Pivetta F. Aprendizados com Grupos de Favelas: o uso de ferramentas virtuais em uma pesquisa participativa. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*. 2020; 19(35):156-165.
20. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos-CEBRAP*. 2007; (79):71-94
21. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.

---

Recebido em 27/10/2021

Aprovado em 27/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
- PPG/Ensp/Fiocruz

# Interdisciplinaridade, interprofissionalidade e diversidade racial na formação antirracista do profissional de saúde: vozes e aprendizados

*Interdisciplinarity, interprofessionalism, and racial diversity in the anti-racist training of health professionals: voices and learnings*

Ana Claudia Germani<sup>1</sup>, Maria Helena Favarato<sup>2</sup>, Isabel Leme Oliva<sup>1</sup>, Rafael Marques Geraldo<sup>1</sup>, Júlio César de Oliveira<sup>2</sup>, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E615

**RESUMO** Trata-se de relato crítico-reflexivo sobre a experiência de disciplina optativa voltada à formação de profissionais da saúde no combate ao racismo, oferecida aos estudantes de graduação da área de saúde na Universidade de São Paulo, durante a pandemia de Covid-19. A partir da descrição e da reflexão sobre as atividades de ensino e avaliação propostas, buscou-se reconhecer e apre(e)nder a contribuição da integração de saberes (interdisciplinaridade), de profissões (interprofissionalidade) e da diversidade racial no processo ensino-aprendizagem voltado ao combate ao racismo. São relatadas perspectivas de discentes, monitoras e docentes. A oferta da disciplina, com apoio de convidados, permitiu que o projeto abordasse o racismo e suas influências na saúde das pessoas negras e estimulou a produção cultural dos estudantes. A iniciativa mostrou-se uma possibilidade de introduzir mudanças na formação dos futuros profissionais de saúde em prol tanto da integralidade do cuidado quanto da colaboração interprofissional no combate ao racismo.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde. Racismo. Ensino. Educação interprofissional.

**ABSTRACT** *This is a critical-reflective report on the experience of an elective course aimed at training health professionals in fighting racism. It was offered during the COVID-19 pandemic to undergraduate students from all the health specialties at the University of São Paulo. From the description and reflection on the proposed teaching and evaluation activities, we sought to recognize and learn/apprehend the contribution of the integration of knowledge (interdisciplinarity), professions (interprofessionalism), and racial diversity in the teaching-learning process aimed at fighting racism. The perspectives of students, monitors, and teachers are reported. The support of guest teachers allowed this initiative to address racism and its influences on the health of black people, and the educational strategies encouraged students' cultural production. The initiative proved to be a possibility for introducing changes in health education in favor of both comprehensive care and interprofessional collaboration in dismantling racism.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.  
accggermani@usp.br

<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FM-USP) – São Paulo (SP), Brasil.

**KEYWORDS** Health. Racism. Teaching. Interprofessional education.



## Introdução

A Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>1</sup> é uma agenda global que busca fomentar políticas públicas em diferentes frentes em prol de avanços para a humanidade e que está na chamada ‘década da ação’. Destacamos a interface entre o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar e o ODS 10 – Redução de desigualdades, com o intuito de abordar a relação entre saúde, formação dos profissionais da saúde e questões raciais.

A produção acadêmica sobre o impacto das desigualdades raciais em desfechos da saúde da população negra é crescente, tendo como um de seus marcos a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e a Intolerância Correlata<sup>2</sup> realizada em Durban. Ao longo dos últimos 21 anos, a necessidade da formação antirracista entre profissionais da saúde tem sido discutida internacionalmente<sup>3</sup> e, mais recentemente, atrelada à educação interprofissional<sup>4</sup>. Em iniciativa para avançar em direção a uma ação interprofissional de saúde antirracista, são propostas ações como: a criação de um fórum para compartilhar histórias sobre aspectos racistas das diferentes profissões; e a oferta de oportunidades para educar os alunos sobre diversidade, equidade e inclusão<sup>5</sup>.

No contexto brasileiro, a necessidade de que a formação avance na direção da integralidade do cuidado aparece como uma das diretrizes e, também, entre os objetivos da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra<sup>6</sup>; e, de forma incipiente, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, texto que acrescenta a educação e o trabalho interprofissional como recomendação. De forma similar, acontece em documento mais recente, a Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017<sup>7</sup>.

No mesmo sentido, é importante também destacar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER)<sup>8</sup> e produções específicas discutindo a importância do

tema e a necessidade de experiências formativas entre profissionais da saúde<sup>9</sup>.

Na direção dessas proposições, e no difícil contexto de pandemia, com o acirramento das desigualdades e desgaste do processo ensino-aprendizagem, tornou-se um grande desafio o desenvolvimento de estratégias de ensino que possibilitem apre(e)nder as relações entre racismo e saúde e fortalecer o antirracismo na formação dos profissionais de saúde.

O uso intencional, acima, do contraste entre aprender e apreender parte de provocações feitas por Lea Anastasiou<sup>10</sup> sobre o processo de ensinagem:

Existe também uma diferença entre aprender e apreender, embora, nos dois verbos exista a relação entre os sujeitos e o conhecimento, o apreender, do latim *apprehendere*, significa segurar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender, compreender, agarrar. Não se trata de um verbo passivo; para apreender é preciso agir, exercitar-se, informar-se, tomar para si, apropriar-se, entre outros fatores.

Diante desse desafio, este artigo tem como objetivo apresentar e discutir uma experiência de ensino-aprendizagem voltada para o favorecimento de atitudes antirracistas na formação de profissionais de saúde. A descrição da experiência aborda três aspectos: a integração de diferentes saberes, isto é, a interdisciplinaridade; a interação de estudantes de diferentes cursos, aprendendo com, sobre e entre si, buscando a qualidade do cuidado (a Educação Interprofissional – EIP); e a diversidade racial, refletindo sobre os alcances e desafios dessa proposta pedagógica.

## Descrição do cenário

A Universidade de São Paulo (USP) oferece 16 cursos da saúde, distribuídos em três *campi* na cidade de São Paulo: Butantã, Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) e Pinheiros (Quadrilátero Saúde-Direito). A Faculdade

de Medicina da USP, na capital, inclui quatro cursos: fisioterapia, fonoaudiologia, medicina e terapia ocupacional, com atividades curriculares totalmente independentes e nos quais o racismo ainda é abordado de forma incipiente.

A disciplina foi proposta pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e aprovada pela Comissão de Graduação no 2º semestre de 2020, como disciplina optativa, com carga horária de 15 horas, distribuídas em cinco encontros. A participação foi aberta aos alunos de nove Unidades da Universidade: EACH (4 vagas), Escola de Educação Física e Esporte (1 vaga), Escola de Enfermagem (3 vagas), Faculdade de Ciências Farmacêuticas (2 vagas), Faculdade de Medicina (24 vagas), Faculdade de Medicina Veterinária (1 vaga), Faculdade de Odontologia (1 vaga), Faculdade de Saúde Pública (2 vagas), Instituto de Psicologia (2 vagas). Em razão da pandemia de Covid-19, optou-se pelo formato remoto para o seu primeiro oferecimento. A opção por ofertar a disciplina na perspectiva da EIP baseia-se nas vivências desenvolvidas pelos autores, assim como perante a compreensão de que as relações de poder e hierarquia discutidos na EIP repercutem na invisibilidade do racismo<sup>4</sup>.

Foram definidos como objetivos pedagógicos da disciplina: 1) conhecer e distinguir os conceitos de minoria, preconceito, discriminação e racismo; 2) identificar práticas cotidianas que envolvem preconceito e discriminação, como o racismo institucional e o racismo estrutural; 3) correlacionar a discriminação racial com o processo saúde-doença-cuidado; 4) discutir o papel da branquitude no combate ao racismo. Para o alcance desses objetivos, foram propostas as seguintes estratégias e técnicas pedagógicas: divisão dos estudantes em cinco pequenos grupos, distribuídos de forma intencional, priorizando o contato entre diferentes cursos da saúde; conversa inicial nos pequenos grupos para reflexão sobre leituras e proposição de perguntas a professores convidados; exposição, por professores convidados, de experiências – pessoais, institucionais,

políticas – relacionadas com questões raciais, racistas e antirracistas em diferentes áreas e dimensões da atenção à saúde; leituras de textos canônicos e atuais sobre a temática, obrigatórias e complementares. O ambiente virtual de aprendizagem contou ainda com atividades voluntárias, a saber: um glossário e uma galeria de artes relacionados com o tema da disciplina, ambos construídos de forma coletiva, com participação discente.

No início da disciplina, os estudantes foram convidados a preencher o ‘Teste de Associação Implícita para raça’ (TAI), com devolutiva automática oferecida pelos desenvolvedores do teste (disponível em <https://implicit.harvard.edu/implicit/brazil/>). Esse é um dos instrumentos para mensurar o viés implícito decorrente de estereótipos e preconceitos, fora da percepção consciente, os quais levam a uma avaliação negativa de uma pessoa<sup>11</sup>. Há relatos do uso produtivo do teste na formação de profissionais da saúde no combate ao racismo<sup>12,13</sup>.

Contamos com apoio de cinco monitoras voluntárias com diferentes formações (assistente social, enfermeira, médica, médica veterinária e naturóloga). Recebemos cinco professores convidados externos, todos autodeclarados pretos, também com formações diversas (medicina, direito e ciências sociais), para conversar com os estudantes sobre formação dos profissionais da saúde e combate ao racismo em quatro cenários: atenção primária (com discussão sobre integralidade do cuidado e vulnerabilidades relacionadas ao racismo), prática clínica, políticas públicas e pesquisa científica.

O último encontro síncrono foi destinado à avaliação dos estudantes, baseada no *photovoice*, que foi originalmente desenvolvido como um recurso para possibilitar que os indivíduos representem e exponham suas vivências comunitárias por meio de fotografias, tendo como objetivos principais: 1) permitir que as pessoas façam registros das prioridades e necessidades da comunidade; 2) promover a geração de conhecimento e o diálogo crítico a respeito

de suas realidades; e 3) acessar e sensibilizar gestores de políticas públicas, por meio da exposição das fotografias<sup>14</sup>. A técnica consiste no convite a cada participante para produzir fotos relacionadas com a pergunta disparadora e, posteriormente, participar de uma rodada de diálogo coletivo sobre elas.

Na disciplina, os estudantes foram convidados a responder com, pelo menos, três fotos à seguinte pergunta: você tem ou já teve atitudes antirracistas? Recentemente, o *photovoice* foi apontado como forma potente de estimular o pensamento crítico<sup>15</sup>. Em nosso caso, buscamos usá-lo como recurso tanto para apreciação do aproveitamento discente quanto para provocar reflexão e autoavaliação do processo ensino-aprendizagem.

## Vozes, aprendizados e apreensões

Matricularam-se de maneira voluntária 30 estudantes, provenientes de sete Unidades da USP (Escola de Enfermagem, Faculdades de Medicina de São Paulo e de Ribeirão Preto, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Odontologia e EACH) e de nove cursos (educação física e saúde, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, saúde pública e terapia ocupacional). Mesmo sem o levantamento individual sobre a autodeclaração de raça/cor, cabe pontuar que, pelas falas e experiências compartilhadas, elas eram sustentadas por uma diversidade racial. Ao final do período letivo, 15 estudantes responderam de forma anônima a um questionário de opinião sobre as atividades.

Como abertura da disciplina e aquecimento para a interação entre os alunos, foram construídos quadros interativos para cada grupo, com apoio da ferramenta Google Jamboard. Nesse material, cada aluno e cada monitor inseriram uma foto e fizeram uma breve descrição pessoal, apontando seu curso de graduação e seus motivadores para cursar a disciplina. A

produção ficou disponível ao longo da disciplina, para consultas e complementos.

Nas aulas, os convidados exibiram conteúdos sobre a questão racial em suas especificidades, conforme as quatro áreas acima descritas. Na primeira aula, uma médica com formação em psicanálise trouxe o olhar da subjetividade e da construção da identidade racial, prejudicada frente ao mito da democracia racial. Apresentou como eixo norteador de sua fala a integralidade do cuidado ligado à equidade e o modelo de vulnerabilidade na análise do processo saúde-doença-cuidado. Na aula sobre prática clínica, outro médico mostrou dados epidemiológicos expondo as diferenças negativas nos desfechos de saúde das pessoas negras, como resultado do racismo interpessoal, institucional e estrutural. O cientista social trouxe sua trajetória e os movimentos que sustentaram a proposição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a importância da coleta do quesito cor de pele, para análise de dados de forma desagregada. Por fim, uma docente com formação em direito abordou novas epistemologias para subsidiar pesquisas sobre a saúde da população negra.

No processo ensino-aprendizagem, as trocas nos pequenos grupos permitiram que discentes e monitores identificassem similaridades entre algumas profissões, como, por exemplo, a ausência da compreensão das dimensões do racismo no momento do encontro clínico, no momento de aprendizagem de anatomia e na representatividade dos manequins usados para o desenvolvimento de habilidades clínicas. Foram reconhecidas também particularidades entre as profissões, como as perguntas dirigidas para as políticas públicas feitas pelo estudante do curso de saúde pública. Outrossim, a interação entre estudantes de diferentes cursos foi citada como aspecto positivo da disciplina no questionário respondido pelos estudantes. Ademais, o desenvolvimento de competências colaborativas entre os estudantes foi observado pelos coordenadores e monitores<sup>4</sup>.

Ao longo das aulas, houve diálogo e reflexão sobre a integralidade do cuidado,

reconhecendo o desafio das inequidades em saúde. Entende-se que tal conteúdo faz parte dos valores e aspectos éticos propostos na categorização internacional das competências colaborativas da EIP. Em relação aos papéis e às responsabilidades profissionais, as aulas e a realização do TAI fomentaram a reflexão crítica sobre a identidade racial de cada estudante e seu impacto nas relações e comunicação com pacientes e outros membros da equipe<sup>4</sup>.

Quanto aos objetivos de aprendizagem propostos na disciplina, mais de dois terços dos respondentes avaliaram que três deles foram totalmente atingidos: conhecer e distinguir os conceitos de minoria, preconceito, discriminação e racismo; identificar práticas cotidianas que envolvem preconceito e discriminação, o racismo institucional e o racismo estrutural; correlacionar a discriminação racial com o processo saúde-doença-cuidado. O debate sobre o papel da branquitude no combate ao racismo foi totalmente atingido para 9 (60%) dos respondentes.

A avaliação individual dos estudantes participantes mostrou alto grau de satisfação para cada uma das aulas. O TAI, as discussões em pequenos grupos e o apoio das monitoras foram as estratégias de ensino-aprendizagem avaliadas com melhor aproveitamento.

Os alunos consideraram o ambiente de ensino-aprendizagem coerente com a preocupação em desenvolver competências, com apoio à participação nas aulas síncronas e nas atividades propostas. Avaliaram, ainda, que o acesso à internet foi satisfatório e que o(s) local(is) de onde acompanharam as aulas não prejudicaram o aprendizado.

A galeria de artes incluiu sugestões dos cinco professores convidados, de três monitoras e de três estudantes. Foram sugeridos filmes, livros, músicas e um quadro. A intenção

de oferecer o recurso como complemento das atividades síncronas fundamenta-se na premissa de que ações antirracistas voltadas à equidade em saúde precisam aumentar a capacidade individual e coletiva para olhar criticamente o mundo e sonhar outras formas possíveis<sup>16</sup>. Acredita-se que, ao mesclar o setor das artes e da cultura com a disciplina, ampliamos a perspectiva de formas de percepção e enfrentamento do racismo, expressando em diferentes linguagens a importância da escuta de narrativas sobre e pela população negra<sup>17</sup>.

No questionário proposto no último encontro, um dos alunos fez o seguinte balanço sobre os avanços da disciplina para a formação dos futuros profissionais da saúde:

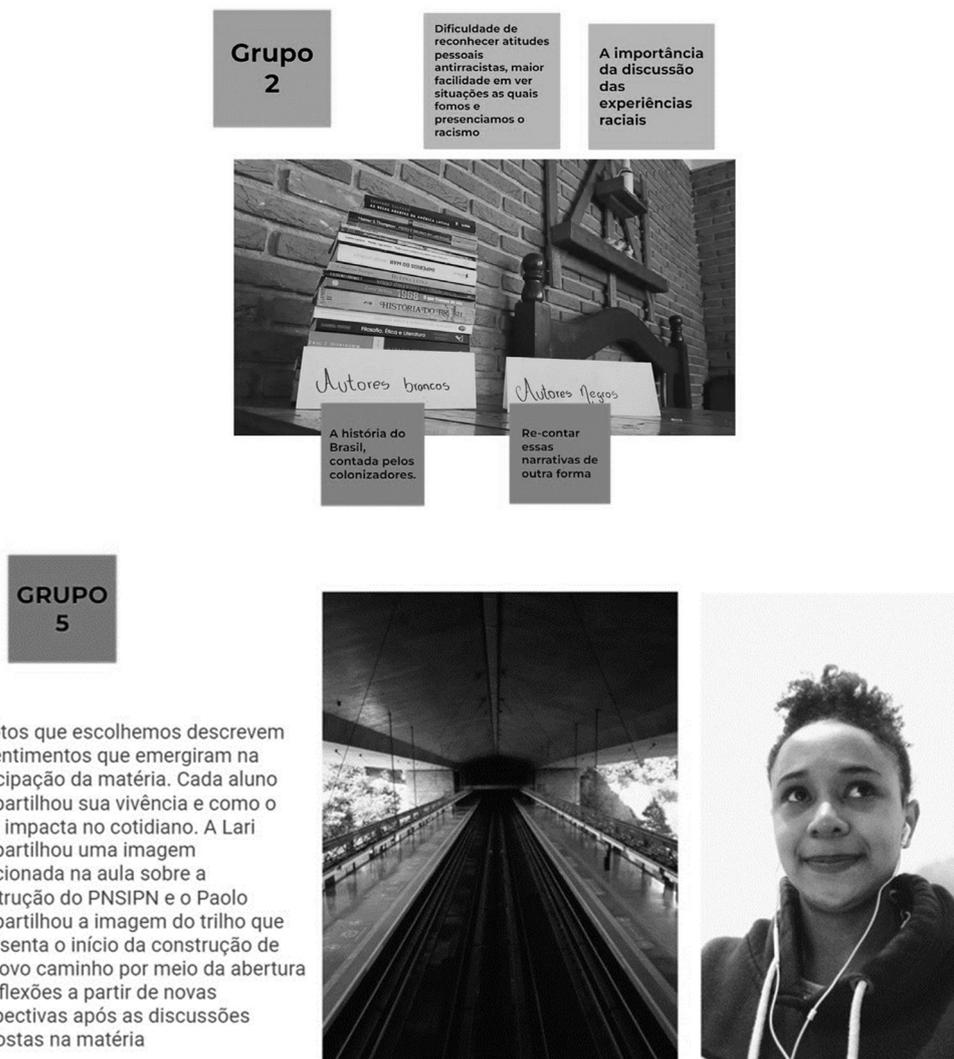
*As aulas terem pessoas de referência na área, e, sobretudo, pessoas negras, o que é escasso na docência. Acredito que isso seja algo relevante, ainda mais que praticamente todos tinham mestrado/doutorado, mas acabaram trilhando caminhos não acadêmicos.*

E apontou como limitação:

*Não teve referências claras e objetivas nas falas, e não teve avaliação sobre ferramentas e conhecimentos para o combate ao racismo. Por mais que as pessoas [alunos da disciplina] tenham sido atingidas pela temática, sendo o objetivo principal da disciplina, penso que ainda não conseguiriam combater o racismo de fato nos espaços em que ocupam. (estudante da disciplina).*

Fazendo ecoar outras vozes, ilustramos, na *figura 1*, exemplos de produções coletivas, criadas a partir dos *photovoices* individuais, usados como avaliação do estudante na disciplina. (divulgação de textos e imagens autorizadas pelos/as autores/as).

Figura 1. Exemplos de produções coletivas, criadas a partir de *photovoices* individuais, usados como avaliação do estudante na disciplina



Fonte: produtos da disciplina MSP 4080, na 1ª edição realizada em 2021. Elaborado pelos alunos.

A fala de uma das monitoras da disciplina reafirma aspectos relacionados com a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade da atividade:

*Foi uma oportunidade de trazer para a academia pessoas que utilizam a formação acadêmica para transformação da realidade. Ficamos todos conhecendo os diversos caminhos que aquelas pessoas*

*(incríveis) percorreram. Isso também é um ganho muito grande para o estudante da área da saúde, pois amplia a visão da atuação profissional para além dos campos de atenção que vivenciam em sua formação, compreendendo cenários de vida real com muitos atores distintos. Concordo também que se poderia instrumentalizar os participantes para atuarem na mudança de sua própria realidade para além da reflexão. (monitora da disciplina).*

Diante da diversidade da composição docente e discente da experiência, é importante explicitar o conceito de EIP. Segundo a Organização Municipal da Saúde, ela, “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre as outras, com as outras e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde”<sup>18(13)</sup>. Apesar da carga horária pequena, a convivência nos pequenos grupos, envolvendo estudantes e monitoras, bem como os espaços de interação com os convidados, mostrou particularidades e similaridades entre as diferentes formações em prol do cuidado integral voltado à saúde da população negra.

A narrativa de um dos professores convidados destaca aspectos relativos ao caráter optativo da experiência:

*É de extrema importância a discussão deste tema na formação dos profissionais de saúde, apesar do assunto não fazer parte da grade curricular da maior parte dos cursos. Ter a oportunidade de ser convidado pela disciplina é um grande privilégio. Sendo um médico negro compreendo a escassez e a importância de modelos nos quais os alunos possam reconhecer a negritude. A discussão foi de grande valia e aprendido para mim também. Possivelmente por ser uma disciplina optativa, alguns alunos chegavam nas discussões já com alto grau de conhecimento do assunto, ansiosos por respostas que não faziam parte do objetivo da atividade, ou que ainda estão em construção. Colocar esse tema como parte obrigatória dos cursos e balizar os objetivos de aprendizado com a expectativa dos alunos, acredito que serão os próximos desafios. (professor convidado do curso).*

Para os professores responsáveis pela disciplina, o processo ensino-aprendizagem foi extremamente potente, considerando tratar-se de uma disciplina optativa, oferecida em meio à pandemia, no modelo remoto. Na percepção de um deles, o formato em pequenos grupos com alunos de diferentes cursos da saúde permitiu a construção de uma comunidade de aprendizado, permeada por entusiasmo e reflexão. Percurso este ilustrado de forma

sensível, na discussão das produções decorrentes do *photovoice*. A exposição, o diálogo e a síntese sobre as situações racistas e antirracistas vivenciadas e fotografadas pelos estudantes corroboram a experiência interprofissional envolvendo estudantes da saúde na qual o *photovoice* facilitou a compreensão e o diálogo sobre as inequidades no cotidiano<sup>19</sup>.

Ficaram evidentes também a necessidade e o desafio de incrementar a discussão conceitual e teórica dentro da carga horária disponível, bem como avançar no diálogo para a inserção de tal temática no currículo nuclear, obrigatório.

Outro ponto ressaltado na avaliação por parte dos docentes foi a potência do *photovoice* como promotor de uma hermenêutica do racismo e do antirracismo:

*Com as vozes das fotos em mim, percebi como o racismo e o antirracismo estão ligados. Ao buscar flagrar o seu racismo, você já se coloca em uma perspectiva antirracista, uma tomada de consciência. E isso é muito importante, uma vez que vivemos em uma atmosfera racista que muitas vezes não percebemos. Ao registrarmos o antirracismo, percebemos focos do racismo que estamos priorizando, o que também abre muitas perspectivas para a reflexão e a ação. (coordenador da disciplina).*

A disciplina optativa, aberta a diferentes Unidades da USP, foi estruturada levando em conta recursos importantes, tanto para a integralidade da atenção à saúde<sup>20</sup> quanto para a prática interprofissional<sup>21</sup>, a saber: o compromisso ético-político da formação em saúde; o estímulo ao ensino integrado entre diferentes áreas da saúde valorizado nas discussões em pequenos grupos; e a inclusão de aspectos intersubjetivos dos estudantes. Nesse último aspecto, é importante reforçar as estratégias pedagógicas participativas, a recomendação para o preenchimento do TAI e a avaliação do estudante por *photovoice*.

O relato apresentado ilustra uma unidade dialética processual, na qual o papel condutor dos professores e monitoras, bem como

as atividades dos estudantes, aconteceu de forma recíproca, com a imersão no tema da disciplina. Valorizamos a apreensão, no sentido de enredar, em que convidamos os estudantes participantes a identificar e reunir os nós necessários para tecer novas práticas antirracistas<sup>10</sup>.

Desafiar e mudar o modo como pensamos e fazemos os processos ensino-aprendizagem é essencial para avançarmos no diálogo e na construção de uma comunidade pedagógica, em que fronteiras erguidas, entre outras diferenças, pelas questões raciais possam ser cruzadas<sup>22</sup>. Buscamos cultivar o diálogo a partir da consideração e reconsideração dos diversos posicionamentos de todos os participantes<sup>23</sup>.

A primeira oferta da disciplina mostrou ser capaz de sensibilizar os participantes nas três dimensões do racismo: interno, entendido como sentimentos e condutas; interpessoal, ações e omissões interpessoais; e institucional, material e de acesso ao poder<sup>24</sup>. A experiência de desenvolver estratégias pedagógicas que promovam a inserção do tema no âmbito curricular representa também um compromisso de replicabilidade, expansão e sustentabilidade da iniciativa na instituição, na perspectiva da formação dos futuros profissionais de saúde.

Espera-se que as reflexões e ações aqui compartilhadas cultivem avanços na inclusão da questão do racismo e da saúde da população negra nos processos de formação, como previsto na PNSIPN, articulada às agendas voltadas à saúde da população negra no Sistema Único de Saúde, necessidade intensificada nesse contexto<sup>25</sup>. A Agenda 2030 adota como lema o ‘não deixar ninguém para trás’. Apoiamos o exercício proposto por pesquisadores brasileiros de reimaginar os ODS dentro da realidade latino-americana, pensando e avançando em direção também do ODS 18 – Igualdade racial, com a “erradicação de todas as formas de discriminação racial contra todos os homens e mulheres, meninos e meninas em toda parte”<sup>26(164)</sup>.

## Considerações finais

Esta experiência foi a primeira da instituição com foco na formação antirracista aberta ao encontro de estudantes e educadores de diferentes cursos da saúde. Foram propostas diferentes estratégias pedagógicas para promover a aproximação dos participantes ao tema do racismo e suas influências na saúde das pessoas negras. Além disso, foram criadas oportunidades de reflexão, discussão em pequenos grupos e contato com profissionais e estudantes que atuam em diferentes áreas de atenção em saúde, bem como produção cultural pelos estudantes. A diversidade racial de professores e estudantes foi ponto importante para identificação de semelhanças e diferenças profissionais nas práticas antirracistas. A iniciativa mostrou-se uma possibilidade de mudanças na educação em saúde em prol tanto da integralidade do cuidado quanto da colaboração interprofissional no combate ao racismo.

## Colaboradores

Germani AC (0000-0002-7409-915X)\* contribuiu para concepção do relato, elaboração e aprovação da versão final. Favarato MH (0000-0003-1039-216X)\* contribuiu para análise crítica da experiência a ser relatada, redação, revisão de literatura, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Oliva IL (0000-0003-2717-8514)\* contribuiu para concepção do estudo, coleta e interpretação de dados e elaboração do artigo. Geraldo RM (0000-0001-6264-7465)\* contribuiu para a escrita, revisão e aprovação da versão final. Oliveira JC (0000-0003-0841-3486)\* contribuiu para escrita, revisão e aprovação da versão final. Ayres JRCM (0000-0002-5225-6492)\* contribuiu para realização da experiência estudada, análise da experiência, revisão e acréscimos ao texto final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Genova: ONU; 2015.
2. Comissão Europeia. Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Conexa. In: Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Conexa; 2001. 31 ago-set 31-8; Durban. Durban: Governo da África do Sul; 2001. p. 137.
3. Bush AA. Anti-Racism, Racism, Race, and the Other “R” Word: Using Critical Race Theory as a Tool to Disrupt the Status Quo in Health Professions Education. *Acad Med.* 2021; 96(11S):S6-S8.
4. Cahn PS. How interprofessional collaborative practice can help dismantle systemic racism. *J Interprof Care.* 2020; 34(4):431-434.
5. Bishop KL, Abbruzzese LD, Adeniran RK, et al. Becoming an anti-racist interprofessional healthcare organization: Our journey. *J. interprof. Educ. pract.* 2022; (27):100509.
6. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2004. [acesso em 2021 ago 30]. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/leafro/pages/arquivos/DCN-s%20-%20Educao%20das%20Relacoes%20Etnico-Raciais.pdf>.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 8 Dez 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
9. Borret RH, Araujo DHS, Belford PS, et al. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. *Rev. bras. educ. med.* 2020; 44(sup1): e0148.
10. Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* v. 7. Joiville: Univille; 2003. [acesso em 2022 nov 5]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3203177/mod\\_resource/content/2/Anastasiou%20e%20Alves.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3203177/mod_resource/content/2/Anastasiou%20e%20Alves.pdf).
11. Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC med ethics.* 2017; 18(1):1-18.
12. Gonzalez CM, Noah YS, Correa N, et al. Qualitative analysis of medical student reflections on the implicit association test. *Med educ.* 2021; 55 (6):741-748.
13. Siegelman JN, Woods C, Salhi B, et al. Health care disparities education using the implicit association test. *Med educ.* 2016; 50(11):1158-1159.
14. Wang C, Burri, MA. Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health educ behav.* 1997; 24(3):369-387.
15. Sethi B. Using the eye of the camera to bare racism: A photovoice project. *Aotearoa New Zealand Soc. Work.* 2016; 28(4):17-28.
16. Griffith DM, Semlow AR. Art, anti-racism and health equity: “Don’t ask me why, ask me how!”. *Ethn. dis.* 2020; 30(3):373.
17. Burch SR. Perspectives on Racism: Reflections on Our Collective Moral Responsibility When Leveraging Arts and Culture for Health Promotion. *Health Promot Pract.* 2021; 22 (sup1):12S-16S.
18. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação

em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Geneva: OMS; 2010.

19. Gutierrez CS, Wolff B. Using photovoice with undergraduate interprofessional health sciences students to facilitate understanding of and dialogue about health disparities within communities. *Pedag. Health Promot.* 2017; 3(1):42-49.
20. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009; (18):11-23.
21. Peduzzi M, Silva JA, Leonello VM. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e prática interprofissional. In: Mota A, Marinho AG, Schraiber LB, organizadores. *Educação, medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares*. Santo André: UFABC; 2018. p. 141-172. [acesso em 2022 nov 5]. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu\\_162\\_mio-lo\\_medicina\\_v10\\_divulg.pdf](https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu_162_mio-lo_medicina_v10_divulg.pdf).
22. hooks B. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.
23. hooks B. *Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática*. São Paulo: Editora Elefante; 2020.
24. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016; (25):535-549.
25. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Est Av.* 2020; (34):225-244.
26. Cabral R, Gehre T. *Guia 2030: Integrando ODS, Educação, Sociedade*. São Paulo: Unesp; 2020.

---

Recebido em 30/10/2021

Aprovado em 11/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional

## *Interprofessionality and interdisciplinarity in health: reflections on resistance from concepts of Institutional Analysis*

Carla Aparecida Spagnol<sup>1</sup>, Regiane Prado Ribeiro<sup>2</sup>, Maralu Gonzaga de Freitas Araújo<sup>3</sup>, Wesley Vieira Andrade<sup>4,5</sup>, Richardson Warley Siqueira Luzia<sup>6</sup>, Cintia Ribeiro Santos<sup>7</sup>, Daniel Vannucci Dóbiés<sup>8</sup>, Solange L'Abbate<sup>8</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E616

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi relatar a experiência dos alunos do mestrado profissional em gestão de serviços de saúde acerca da utilização de conceitos da Análise Institucional, para analisar as resistências ao trabalho interprofissional e interdisciplinar na saúde, localizando-as como um analisador do processo e das relações de trabalho. O estudo foi elaborado a partir da vivência e da análise dos diários institucionais, escritos pelos alunos e analisados com base no referencial teórico da Análise Institucional. Observou-se que a resistência ao trabalho interprofissional e interdisciplinar, principalmente por parte dos médicos, atravessa as organizações de saúde, as relações de trabalho e a assistência aos usuários. Entretanto, essa resistência também é exercida por outros profissionais e pelos usuários, o que limita a interdisciplinaridade e a integralidade da assistência à saúde. Todavia, se, por um lado, ainda, há certa predominância do modelo biomédico, por outro, também se observam resistências a esse modelo nas organizações de saúde, necessitando ampliar os espaços de análise coletiva capazes de enunciar o reducionismo desse paradigma. Conclui-se que analisar coletivamente essas resistências possibilita aos profissionais da saúde ampliar as condições de sair de seus lugares instituídos e perceber os movimentos instituintes nos serviços em que atuam.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde. Prática profissional. Equipe de assistência ao paciente. Práticas interdisciplinares. Capacitação de recursos humanos em saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to report the experience of the students of the professional master's degree in health services management, regarding the use of concepts of Institutional Analysis, to analyze the resistances to interprofessional and interdisciplinary work in health, locating them as an analyzer of the process and of work relationships. The study was prepared from the experience and analysis of institutional journals, written by students, and analyzed based on the theoretical framework of Institutional Analysis. It was observed that resistance to interprofessional and interdisciplinary work, especially on the part of physicians, crosses health organizations, work relationships, and assistance to users. However, this resistance is also exercised by other professionals and users, which limits the interdisciplinarity and comprehensiveness of health care. But if, on the one hand, there is still a certain predominance of the biomedical model, on the other hand, resistance to this model is also observed in health organizations, needing to expand the spaces of collective analysis capable of enunciating the reductionism of this paradigm. It can be concluded that collectively analyzing these resistances allows health professionals to expand the conditions to leave their established places and perceive the instituting movements in the services in which they work.*

**KEYWORDS** *Health management. Professional practice. Patient care team. Interdisciplinary placement. Health human resource training.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem - Belo Horizonte (MG), Brasil.  
spagnol@ufmg.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Hospital das Clínicas - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade FUMEC - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria Municipal de Saúde - Betim (MG), Brasil.

<sup>5</sup>Faculdade Anhanguera - Betim (MG), Brasil.

<sup>6</sup>Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>7</sup>Hospital Maternidade Sofia Feldman - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>8</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas - Campinas (SP), Brasil.



## Introdução

A interdisciplinaridade tem sido alvo de discussões no âmbito do desenvolvimento da ciência e das práticas em saúde, devido à intensa fragmentação do conhecimento e ao distanciamento entre as disciplinas, bem como aos interesses corporativistas que permeiam esse processo. Essa temática tem provocado inúmeros debates, principalmente nas produções acadêmicas sobre a assistência nos serviços de saúde<sup>1</sup>.

O século XIX foi marcado pela reestruturação das universidades decorrente do surgimento das disciplinas, incentivado pelo avanço da pesquisa científica e pelo desenvolvimento das especializações. Tal movimento se manteve e se consolidou ao longo do século XX, e foi nesse cenário de hegemonia do modelo cartesiano de ciência que surgiu o termo interdisciplinaridade, oposto ao saber fragmentado. No setor saúde, a interdisciplinaridade se propõe a integrar as diferentes disciplinas para melhor compreender e enfrentar os desafios cotidianos. Além disso, como posicionamento ético-político compartilhado, o trabalho interdisciplinar exige dos profissionais da saúde um diálogo permanente para definir as competências necessárias à resolução de problemas<sup>2</sup>.

Uma das estratégias a ser utilizada para enfrentar os complexos desafios do setor saúde – entre eles, a concretização da interdisciplinaridade – é o trabalho interprofissional, por meio da realização de uma prática colaborativa. Enquanto a interdisciplinaridade está relacionada às disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, a interprofissionalidade diz respeito à prática profissional, desenvolvida a partir de um trabalho em equipe e articula a diferentes campos de práticas, fortalecendo o foco nos usuários e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde<sup>3,4</sup>.

Assim, para que os profissionais de saúde tenham uma visão ampliada do processo saúde-doença e desenvolvam a capacidade

de trabalhar em equipe, potencializando a resolutividade da assistência prestada, torna-se necessário ter uma abordagem interprofissional e interdisciplinar nas questões relacionadas com a saúde<sup>4</sup>.

No entanto, nota-se que, apesar dos avanços expressivos no setor saúde, em suas diversas vertentes, os profissionais ainda

São formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito [do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Há resistência para o rompimento do modelo atual de formação, que reverbera na legitimação do atual modelo de atenção à saúde pautado na forte divisão do trabalho<sup>5(198)</sup>.

Um estudo desenvolvido com trabalhadores de equipes de saúde da família do município de João Pessoa, na Paraíba, evidenciou que, apesar de os profissionais sinalizarem uma perspectiva interdisciplinar no trabalho realizado, não o conduziam na perspectiva da interprofissionalidade<sup>4</sup>.

O olhar voltado a uma situação de saúde, portanto, não deve se resumir a um único profissional, precisa envolver toda uma equipe para proporcionar uma abordagem interprofissional e interdisciplinar, para ofertar um cuidado integral aos usuários. Essa é uma das diretrizes encontradas na cogestão e na clínica ampliada estabelecida na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Para atuar nesse contexto que exige o desenvolvimento de competências provenientes de diversos campos disciplinares para a realização de um trabalho interprofissional, foi criado, em 2018, o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde ofertado em uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais, cuja proposta curricular foi estruturada a partir do princípio da interdisciplinaridade. Assim, o referido curso tem a finalidade de promover um aprendizado teórico-metodológico que capacite os profissionais a atuarem

no cotidiano de trabalho de modo colaborativo, crítico, fundamentado, inovador e integrando suas práticas ao estado da arte da pesquisa científica.

No Mestrado Profissional, as pesquisas sobre as práticas no setor da saúde são elaboradas pelos interesses iniciais dos profissionais-estudantes. No entanto, ao longo do percurso na pós-graduação *stricto sensu*, tais interesses são confrontados com novas ferramentas, novos conceitos e novas referências metodológicas. A partir daí, esses profissionais elaboram hipóteses, reflexões e intervenções em suas práticas cotidianas<sup>7</sup>. Nesse sentido, no referido curso de pós-graduação, foi ofertada uma disciplina que aborda o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI), que está voltado à intervenção a grupos e organizações, proporcionando recursos àqueles que desejam pesquisar a sua prática profissional.

O fato de os alunos de um mestrado profissional pesquisarem sua própria prática cria uma complexidade que deve ser discutida e analisada, visto que envolve processos de decisão, relações de poder, o seu papel de pesquisador, entre outros fatores que necessitam ser analisados. Assim, na referida disciplina, solicitou-se aos alunos que elaborassem um diário institucional, a partir de situações vivenciadas em seu local de trabalho, tendo os conceitos da AI como base para suas análises.

O diário institucional propicia momentos de reflexão sobre a própria prática, por meio da escrita das experiências individuais ou coletivas, pressupondo a não neutralidade do pesquisador nas investigações, o que permite revelar o não dito organizacional e contribuir para a análise de suas implicações<sup>8,9</sup>.

As reflexões, a partir dos registros nos diários, trouxeram à tona diversas questões relativas ao processo e às relações de trabalho desses profissionais. Dentre tais questões, destacam-se as resistências ao trabalho em equipe, principalmente por parte dos médicos, o que afeta sobremaneira a interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

A resistência pode ser definida como uma força social em oposição a outra força denominada poder, em uma relação que tende a favorecer a segunda. Os usos e os significados dessa palavra têm duas vertentes principais: a primeira está relacionada com a luta contra a opressão, de caráter revolucionário; e a segunda é tradicionalista e tende à conservação daquilo que já existe<sup>10</sup>. É com essa perspectiva que se problematizam as resistências como transversais à interdisciplinaridade e à interprofissionalidade na prática dos profissionais da saúde.

Sendo assim, essas resistências podem ser consideradas um analisador das práticas profissionais no setor saúde. Isso porque,

De forma geral o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma organizado, de dar um sentido diferente aos fatos já conhecidos<sup>11(82)</sup>.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência dos alunos do mestrado profissional em gestão de serviços de saúde, acerca da utilização de conceitos da AI, para analisar as resistências ao trabalho interprofissional e interdisciplinar na saúde, localizando-as como um analisador do processo e das relações de trabalho.

## Material e métodos

Trata-se de relato de experiência elaborado a partir da vivência dos autores e da análise dos diários institucionais realizados na referida disciplina, a partir do diálogo desses autores com alguns conceitos do arcabouço teórico da AI.

O relato de experiência é um tipo de estudo que pertence ao domínio social e busca descrever uma vivência particular produzindo reflexões sobre determinados fenômenos, por meio de impressões e conjecturas dos autores<sup>12</sup>.

Em relação ao referencial teórico-metodológico da AI, este foi fundado na França, nos anos 1960-1970, para compreender determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Entre os seus principais teóricos, estão Georges Lapassade e René Lourau, sendo que este último elaborou o conceito dialético de instituição<sup>13</sup>.

A instituição foi definida como uma “norma universal [...], quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito”<sup>14(15)</sup>. Esse conceito se decompõe em três momentos: a) o instituído, ou seja, a forma como a instituição se apresenta; b) o instituinte, que compreende a negação dessa forma, a partir de situações particulares; e c) a institucionalização, o vir a ser, resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores<sup>14</sup>.

Para os analistas institucionais, toda instituição compreende normas construídas, reproduzidas ou negadas pelos sujeitos em um permanente processo sócio-histórico<sup>15</sup>. Portanto, a instituição não é exterior aos sujeitos, pelo contrário, ela atravessa todas as suas práticas. Porém, como os sujeitos não são meros reservatórios, eles reagem de diferentes modos a esse atravessamento, que é associado ao conceito de implicação.

A implicação representa as relações libidinais, organizacionais e ideológicas que os indivíduos estabelecem entre si e com as instituições<sup>14</sup>. Ressalta-se que sempre se está implicado com as instituições, por isso o importante é analisar tais implicações, o que permite desnaturalizar e desindividualizar as relações cotidianas<sup>16</sup>.

Nesse sentido, os autores deste artigo buscaram analisar suas implicações, a partir de situações que emergiram espontânea e contingencialmente na prática profissional relatadas nos seus diários institucionais. Assim, trata-se de um estudo que foi desenvolvido no contexto do ensino em que se buscou um aprofundamento teórico de situações da prática profissional, o que dispensou a aprovação do

Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, não serão revelados dados que possam identificar os participantes, sendo garantidos o sigilo e o anonimato das organizações e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho<sup>17</sup>.

Entre os autores deste artigo, cinco estavam matriculados na referida disciplina, sendo quatro enfermeiros e uma fisioterapeuta, que atuavam em serviços públicos e filantrópicos de saúde, como hospitais universitários e ambulatório de reabilitação. Um deles, entretanto, atuava na gerência distrital de saúde em um município de Minas Gerais. A coordenadora da disciplina também participou como autora deste estudo.

A disciplina foi ministrada no período de 8 de outubro a 10 de dezembro de 2018, com carga horária de 45 horas. As estratégias metodológicas adotadas foram: a) exposições dialogadas; b) palestras; c) videoconferências e outras atividades realizadas na modalidade a distância; e d) elaboração do diário institucional. Assim, constituiu-se um fórum de discussão (atividade assíncrona de educação a distância) para possibilitar o compartilhamento dos diários elaborados, proporcionando discussões e análises coletivas. A partir dessa experiência, os alunos conseguiram identificar em seus diários que, apesar de atuarem em diferentes serviços de saúde, as resistências ao trabalho interprofissional e interdisciplinar, principalmente a resistência médica, eram um tema comum em suas análises.

Inicialmente, realizou-se uma leitura crítica dos diários institucionais, destacando alguns trechos que permitiram analisar e exemplificar as resistências como transversais às relações de trabalho e à assistência aos usuários. Além disso, para realizar uma discussão mais aprofundada sobre a resistência como analisador da interprofissionalidade e da interdisciplinaridade em saúde, foram convidados para integrar o grupo mais uma docente e um aluno de doutorado de outra universidade, por já terem realizado estudos sobre esse conceito na área da saúde mental, o que fortaleceu a produção coletiva e interdisciplinar deste artigo.

## As resistências ao trabalho interprofissional e interdisciplinar como analisador das práticas profissionais em saúde

No setor saúde, embora exista uma diversidade de profissionais, há hegemonia do modelo biomédico no processo de trabalho e na assistência ao usuário, conferindo centralidade aos médicos nas práticas adotadas. Assim, o saber médico se traduz em poder, ocupando o topo da hierarquia dos serviços e orientando a divisão social do trabalho em saúde<sup>18</sup>.

Nota-se que, nos diversos serviços de saúde, devido a essa centralidade do poder médico, os demais trabalhadores têm a sua autonomia profissional limitada, o que pode ser observado na descrição da fisioterapeuta, na qual os usuários perguntavam se a sua conduta seguia a prescrição médica, mesmo ela esclarecendo que cada profissional da saúde tem suas próprias competências nas ações interdisciplinares e no trabalho interprofissional. De modo geral, os usuários não aceitam tal esclarecimento, deixando o profissional insatisfeito, devido ao descrédito em suas condutas e decisões, conforme demonstra o trecho do diário 01:

*Volto a conversar com a mãe da minha paciente com a Síndrome do Cromossomo 18 em Anel. Ela se recusa a reduzir as sessões [de terapias] semanais da menina. Só as faz se houver concordância da pediatra. Ligamos para a pediatra, a médica foi simpática, mas não concordou comigo. Acha também que a criança deve continuar com quatro sessões de fisioterapia semanal mesmo que ela não ganhe peso. Posicionei-me muito respeitosamente diante da pediatra e disse que quem poderia saber isso era o fisioterapeuta, e não o médico. A contragosto, ela aceitou e me perguntou quantas vezes eu achava que ela deveria fazer. Eu disse duas vezes, uma de fonoaudiologia e uma de musicoterapia, já que estas duas têm menos gasto energético. Com muito custo, a médica aceitou. Pedi que ela falasse com*

*a mãe da criança, pois era a única forma de ela aceitar. Fiquei de certo modo chateada, pois uma decisão que deveria ser do profissional de fisioterapia só teve aceitação quando o profissional médico deu seu aval. Pensei, isso pode ser um analisador dentro de uma análise institucional. É impressionante como a instituição Medicina atravessa a integração com a Fisioterapia. Decidi conversar com outros colegas de outros setores dentro do serviço sobre isso. (Diário Institucional 01).*

Essa sobreposição das ações do médico também ocorre nas práticas da enfermagem obstétrica, visto que ainda prevalece na sociedade uma cultura centrada no profissional médico, principalmente, na assistência ao parto e ao nascimento. Tais ações ainda, permanecem instituídas mesmo após a Resolução do Cofen nº 516/2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos<sup>19</sup>.

O trecho do diário institucional destacado abaixo evidencia não só uma sobreposição das ações médicas às ações de enfermagem, mas também uma disputa de poder pela centralidade da assistência. Além disso, mostra que há uma relação de dominação dentro da própria medicina, principalmente no hospital universitário, em que os professores/preceptores, muitas vezes, têm condutas autoritárias com os residentes médicos, demarcando também uma hierarquia institucional.

*Assumi os cuidados da parturiente juntamente com a equipe médica e de enfermagem do bloco obstétrico. Ela estava sentindo muita dor devido às contrações uterinas do trabalho de parto, estava gritando muito e pouco ouvia as recomendações da equipe para o alívio da dor. Foi indicada analgesia pela equipe médica. Próximo ao nascimento, os batimentos cardíacos fetais estavam desacelerando, porém fisiologicamente pela apresentação fetal no canal de parto. A residente médica e o acadêmico de medicina começaram a estimular o períneo da parturiente para antecipar o parto. Nesse momento, eu, como enfermeira obstetra,*

*disse que não havia necessidade daquela intervenção, visto que o polo cefálico fetal estava sendo comprimido pelo canal de parto. Então, eles retiraram as mãos. Os batimentos fetais estavam mantendo-se entre 100-110 bpm. Entretanto, a obstetra pediu para a médica residente passar uma sonda vesical de alívio para 'facilitar o parto', e novamente começaram a estimular o períneo. Após o procedimento, a obstetra orientou a realização de uma episiotomia. Solicitei que a residente médica não fizesse, mas ela fez. Fiquei com uma vontade imensa de chorar e saí da sala muito triste. Após o parto, a residente me chamou para conversar e disse que se viu em uma situação muito difícil, pois não havia muito diálogo e discussão de condutas com a preceptora médica que estava no plantão. Disse, ainda, que respeita muito o conhecimento de cada um, que todos têm algo a ensinar, porém, que, dependendo do preceptor médico, tudo fica mais difícil. Eu disse a ela que não é fácil, porém, que é necessário discutir as condutas, pois [isso] envolve todo um processo de formação e que os residentes precisam buscar esse caminho. Diante disso, consigo analisar o quanto o profissional enfermeiro obstétrico se sente oprimido nas situações e relações profissionais, principalmente com alguns preceptores médicos da obstetria. Portanto, podemos considerar a resistência médica à atuação da enfermagem obstétrica [um] analizador [...]. (Diário Institucional 02).*

As profissões da área da saúde podem ser consideradas instituições, pois reúnem legislações e normas regulamentadoras da prática profissional e da defesa das suas especificidades. Decerto, isso é necessário para definir o campo de atuação de cada uma delas, mas, ao mesmo tempo, pode desencadear defesas corporativistas e contribuir para a formação de certas resistências ao trabalho interprofissional e à interdisciplinaridade. Assim, ao considerar a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade como analisador, isso pode revelar aos profissionais da saúde que eles devem ficar atentos para não cair em armadilhas, como o corporativismo, que pode reforçar as fronteiras entre as disciplinas e as práticas profissionais.

A resistência ao trabalho interprofissional e à interdisciplinaridade, como analisador, pode revelar, ainda, que essa também parte dos usuários, visto que há uma expectativa, principalmente, em relação à solicitação de exames e à prescrição de medicamentos, a serem realizadas pelo médico, tal como se observa no trecho do primeiro diário. Nesse caso, a resistência à interprofissionalidade e à interdisciplinaridade não deve ser atribuída exclusivamente ao médico, uma vez que se deve considerar a vivência do usuário em uma cultura, em que, historicamente, a medicina se consolidou como uma profissão central no setor saúde. Essa construção sócio-histórica reforça a visão da superioridade médica e faz com que os usuários também apresentem certa resistência aos cuidados e às orientações dos outros profissionais da saúde.

O método clínico baseado no modelo bio-médico teve início no século XIX e alcançou sua hegemonia no século XX, introduzindo novos saberes nas ciências da saúde. Em 'O nascimento da medicina social', Foucault<sup>20</sup> considera que esse modelo ultrapassa as fronteiras do setor saúde, ocasionando o fenômeno da medicalização da sociedade.

Destaca-se que

a não participação do paciente na abordagem do seu problema ou na definição do plano terapêutico enfatiza a posição do médico em um lugar de saber superior e autoritário<sup>21(218)</sup>.

Tal fato configurou a assistência em saúde baseada no diagnóstico de doenças, reduzindo-a a procedimentos decorrentes de tal diagnóstico, ignorando a integralidade da assistência à saúde

Por essa perspectiva, a resistência médica estaria mais alinhada à vertente conservadora do conceito de resistência<sup>10</sup>. Portanto, constitui-se como uma força de preservação da hegemonia médica, contrária às forças de transversalidade tensionadas pela proposição de trabalho em equipe e interdisciplinaridade instituídos pelas Diretrizes Curriculares

Nacionais das 14 profissões da saúde, pelas diretrizes do SUS e pela PNH<sup>6,22</sup>.

Entretanto, o importante é realizar a análise ‘pelas’ resistências e não ‘das’ resistências<sup>10</sup>. Na análise realizada desse modo, verifica-se que, apesar da forte resistência exercida pelos médicos ao trabalho interprofissional e interdisciplinar na saúde, ela não é uma exclusividade deles, pois profissionais de outras áreas da saúde e até os usuários dos serviços também podem fortalecer tal resistência.

No movimento de institucionalização das práticas interprofissionais e interdisciplinares em saúde, o conceito dialético de instituição permite considerar que o modelo biomédico ainda é algo instituído na sociedade, visto que atravessa as demais profissões do setor saúde o tempo todo; tal como pode-se observar neste trecho de diário:

*Como enfermeiro do trabalho, tenho me perguntado: qual é realmente o papel desse profissional inserido nas práticas de saúde do trabalhador no serviço público de saúde? Esse profissional, por ser um cargo novo no cenário da saúde hospitalar, fica muito à mercê do modelo biomédico, onde todas as ações que desenvolvemos, não definem uma conduta, mas sim servem apenas para ser um instrumento para que o médico avalie e determine o que será realizado. São inúmeras [as] atividades que os enfermeiros do trabalho desenvolvem nas suas práticas diárias, mas tenho me questionado quanto à falta de abertura e as dificuldades de ser inserido como protagonista nas ações de saúde do trabalhador. Eu, como enfermeiro do trabalho, realizei e fiz apontamentos e criei várias práticas e condutas a serem desenvolvidas para a rede, mas me sinto implicado e questiono por que temos que o tempo todo demonstrar e não sermos reconhecidos pela experiência e formação acadêmica e científica. Creio que o processo de gestão em relação à equipe multiprofissional na rede necessita ser reavaliado e possibilitar um olhar mais holístico e abertura de novos olhares para as demais profissões ‘não médicas’. (Diário Institucional 03).*

No modelo biomédico, há uma tendência de utilizar o termo ‘profissionais não médicos’, que denota uma desvalorização dos demais saberes e limita as possibilidades da interdisciplinaridade, ao reforçar uma hierarquia predeterminedada do saber médico, o que prejudica o trabalho interprofissional e, conseqüentemente, a integralidade do cuidado ao usuário.

Assim, um primeiro efeito da resistência à interprofissionalidade e à interdisciplinaridade em saúde é um movimento de sustentação da hierarquia nas relações de trabalho, que tende a submeter os diversos saberes ao saber médico, de modo que os demais profissionais da saúde permaneçam na posição de meros ‘assistentes’. Contudo, essas relações verticalizadas também são observadas a partir de uma hierarquia institucional dentro da própria medicina, entre os professores/preceptores e os médicos residentes, que supostamente estão em uma posição inferior. Um segundo efeito produzido por essa resistência é a perda da centralidade do usuário nos cuidados à saúde, na medida em que, tanto no processo de legitimação social dos médicos quanto na disputa de autoridade entre os diferentes profissionais, muitas vezes, perde-se de vista as demandas e as necessidades dos usuários. Ademais, um terceiro efeito é que, pela imposição dos médicos e pelo menosprezo dos saberes e das práticas dos outros profissionais da saúde, os usuários podem ser submetidos a procedimentos desnecessários, provocando algum tipo de dano à sua saúde.

No entanto, a resistência pode estar associada a outras forças, inclusive a favor da interdisciplinaridade. Isso foi observado em um estudo que analisou a sustentabilidade de um trabalho interdisciplinar em rede, pois houve uma resistência da maioria dos profissionais, que contestou a priorização das consultas médicas, em detrimento de intervenções coletivas realizadas na área da saúde mental. Nesse caso, a força da centralidade da medicina no cuidado foi confrontada, inclusive com a participação de alguns médicos, quando a equipe multiprofissional, a partir da análise de suas

implicações, produziu movimentos instituintes para construir práticas com a participação dos diversos profissionais, sem estabelecer uma hierarquia de saberes, potencializando o trabalho interdisciplinar<sup>23</sup>.

Nessa perspectiva, os profissionais do setor saúde devem analisar constantemente suas implicações nos diversos contextos em que estão inseridos, incluindo a análise de instituições, como a saúde e a educação ao considerar a formação acadêmica; a divisão social do trabalho; as políticas públicas em saúde, entre outras. Essa é uma forma de possibilitar um reposicionamento profissional capaz de proporcionar estratégias para lidar de forma ampliada com os desafios do cotidiano e, sobretudo, das relações interpessoais. Logo, analisar as implicações viabiliza a construção de um olhar crítico e reflexivo sobre a prática profissional e a busca de um novo saber-ser enquanto profissional implicado que analisa sua atuação em uma equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar.

Assim, enfatiza-se a necessidade da análise coletiva da implicação, evitando os equívocos da responsabilização ou, pior ainda, da culpabilização individual<sup>24</sup>. Quando a implicação é analisada coletivamente, os profissionais da saúde reúnem mais elementos para refletir sobre as formas de construir o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade, em um contexto no qual o modelo biomédico ainda é predominante. Isso favorece a emergência de analisadores que, à primeira vista, parecem acontecimentos banais e naturalizados, mas que, em determinado contexto, adquirem significados reveladores de aspectos que não podem ser mais ignorados, o que permite aprofundar a análise em curso.

Analisar coletivamente a resistência ao trabalho interprofissional e interdisciplinar, em especial, a resistência médica, possibilita que os profissionais da saúde saiam de seus lugares instituídos e percebam os movimentos instituintes que ocorrem nos serviços em que atuam. Certamente, isso viabiliza novos olhares e um reposicionamento ético dos profissionais

e dos gestores, o que pode contribuir para a integração dos saberes e práticas profissionais, para a prestação de uma assistência integral e humanizada.

Nessa perspectiva, um exemplo instituinte na formação dos profissionais de saúde, que busca fortalecer o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade, é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade), que tem por objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade, com foco no desenvolvimento do SUS, a partir dos elementos teórico-metodológicos da Educação Interprofissional (EIP)<sup>6,25</sup>. Ressalta-se que essa estratégia inovadora não foi desenvolvida nos locais de trabalho analisados neste estudo, o que restringe ainda mais as possibilidades de consolidar a educação interprofissional e uma perspectiva interdisciplinar para as ações de saúde.

A residência multiprofissional pode ser considerada outro instituinte na formação em saúde, visto que, nesse contexto, a

Interprofissionalidade se mostra como estratégia relevante para a formação profissional e melhora da qualidade da assistência, a partir do planejamento compartilhado do cuidado, do usuário como centro do cuidado, do aprendizado sobre as demais profissões e da troca de saberes com o outro<sup>26(9)</sup>.

Pode-se considerar que o programa de residência multiprofissional ainda está se institucionalizando nos hospitais universitários, o que torna necessário realizar estudos e investigações específicas que possam identificar benefícios, potencialidades e fragilidades acerca dessa estratégia de formação para o trabalho interprofissional e, conseqüentemente, interdisciplinar.

Na gestão dos serviços de saúde, temos outros exemplos de movimentos instituintes, como a cogestão e a clínica ampliada. Essas são estratégias que favorecem a democracia institucional e a construção de protocolos e diretrizes clínicas interdisciplinares, o que

pode ser observado na elaboração do projeto terapêutico singular adotado na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>27</sup>. Essas são práticas que ainda são pouco observadas, principalmente no contexto hospitalar, a exemplo dos locais de trabalho analisados neste estudo.

Apesar de nem todos os locais de trabalho analisados desenvolverem as estratégias instituintes exemplificadas neste estudo, pode-se dizer, a partir da literatura consultada, que tais estratégias fortalecem a relevância do movimento coletivo de institucionalização do trabalho interprofissional e interdisciplinar para enfrentar os problemas elucidados pelos analisadores, tendo em vista o processo de transformação das práticas profissionais em saúde.

## Considerações finais

Os alunos do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde refletiram sobre a temática resistência ao trabalho interprofissional e interdisciplinar, por meio das discussões em sala de aula e dos relatos registrados no diário institucional, analisados a partir de conceitos do referencial teórico-metodológico da AI, culminando com a elaboração coletiva deste artigo, que contou, inclusive, com a *expertise* de profissionais de outra universidade.

Pode-se dizer que a escrita do diário institucional configurou-se um desafio para os alunos, mas eles reconheceram que essa ferramenta se mostrou um instrumento de trabalho potente com 'benefícios terapêuticos', ao proporcionar recursos para autoanálise, análise das práticas e das implicações profissionais, a partir de fatos marcantes do cotidiano, tais como: sofrimento no trabalho; relações de poder no ambiente laboral; condutas e posturas profissionais dos membros das equipes, entre outros.

Nesse sentido, esse coletivo analisou as práticas profissionais em saúde de modo mais crítico, e os alunos puderam compartilhar,

ainda, suas reflexões com os colegas de trabalho, o que poderá resultar em um cuidado mais integrador e interdisciplinar, a partir de um trabalho interprofissional em seus locais de atuação. Além disso, as competências adquiridas nesse processo podem torná-los mais preparados para enfrentar os constantes desafios que surgem no cotidiano dos serviços de saúde.

As vivências e as reflexões mostraram que, se, por um lado, as práticas em saúde e a atuação dos profissionais no cenário atual, ainda, trazem marcas de certa predominância do modelo biomédico, por outro, também se observam resistências a esse modelo nas organizações de saúde, o que evidencia a necessidade de ampliar os espaços de análise coletiva capazes de enunciar o reducionismo deste paradigma.

Para concluir, destaca-se que a potencialidade das relações interprofissionais no trabalho em saúde e a análise das implicações dos profissionais nos serviços de saúde apontam possibilidades reais de transformação da qualidade da assistência à saúde. Ou seja, mostra-se necessário criar propostas inovadoras capazes de associar as relações interpessoais e o trabalho interprofissional para produzir um modelo colaborativo de cuidado integral e interdisciplinar à saúde no âmbito do SUS.

## Colaboradores

Spagnol CA (0000-0003-1588-2109)\* contribuiu para a orientação e redação do artigo. Ribeiro RP (0000-0002-9863-0101)\*, Araújo MGF (0000-0003-0922-656X)\*, Andrade WV (0000-0003-1907-6286)\*, Luzia RWS (0000-0002-8463-0784)\*, Santos CR (0000-0003-0260-9939)\* e Dóbies DV (0000-0001-5583-1109)\* contribuíram para a redação do artigo. L'Abbate S (0000-0003-2163-0901)\* contribuiu para a redação e revisão final. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010 [acesso em 2022 set 29]; 63(5):775-781. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JZWYSWCWx77HxMtMh6FR9Nk/?lang=pt>.
2. Scherer MDA, Pires D. Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação. *Tempus (Brasília)*. 2011 [acesso em 2022 set 29]; 5(1):69-84. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/919/929>.
3. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. da Esc. de Enfermagem da USP*. 2013 [acesso em 2022 set 29]; 47(4):977-983. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?lang=pt>.
4. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*. 2018 [acesso em 2022 set 29]; 16(1):141-162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/?lang=pt>.
5. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface comun. saúde educ*. 2016 [acesso em 2022 set 29]; 20(56):197-198. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ccKC Y4chZCtb8pj9vQw8hcy/?lang=pt>.
6. 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 Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
7. Saint-Martin C, Pilotti A, Valentim S. La réflexivité chez le Doctorant-Praticien-Chercheur: une situation de Liminalité. *¿Interrogations?* 2014 [acesso em 2022 set 29]; 19. Disponível em: <https://revue-interrogations.org/La-reflexivite-chez-le-Doctorant>.
8. Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diário como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da saúde bucal coletiva. *Physis (Rio J)*. 2011 [acesso em 2022 set 29]; 21(4):1297-1314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/cMmw8qyYBMKJBgJtrqv7CWWh/?lang=pt>.
9. L'Abbate S, Pezzato LM, Dóbies DV, et al. O diário institucional nas práticas profissionais em saúde. *Mnemosine*. 2019 [acesso em 2022 set 29]; 15(1):40-61. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/45972/30916>.
10. Monceau G. Le concept de résistance en éducation. *Pratiques de Formation: Analyses*. 1997; (33):47-57.
11. L'Abbate S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: Rodrigues HBC, Altoé S, organizadores. *Saúde loucura 8: análise institucional*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 79-99.
12. Lopes MVO. Editorial: sobre estudos de casos e relatos de experiências. *Rev Rene*. 2012 [acesso em 2022 set 29]; 13(4):723. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4019/3159>.
13. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*. 2012 [acesso em 2022 set 29]; 8(1):194-219. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41580>.
14. Lourau R. *Análise institucional*. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
15. Savoye A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*. 2007 [acesso em 2022 set 29]; 3(2):181-193.

- Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41329>.
16. Nascimento ML, Scheinvar E. Formation professionnelle et outils de l'analyse institutionnelle em formation de psychologues. In: Monceau G, organizador. L'analyse institutionnelle des pratiques: une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France. Paris: L'Harmattan; 2012. p. 71-81.
  17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 24 Maio 2016.
  18. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. Saúde debate. 2015 [acesso em 2022 set 29]; 39(107):1044-1052. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vgrbvJsBZVZSzznkgqXtTZg/?lang=pt>.
  19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puerperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 Jun 2016.
  20. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2018. p. 143-70.
  21. Barbosa MS, Ribeiro MM. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Assoc Méd Minas Gerais. 2016 [acesso em 2022 set 29]; 26(8):216-22. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.
  22. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. Interface comun. saúde educ. 2018 [acesso em 2022 set 29]; 22(67):1183-1195. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GZsw79s7SZGBXZ3QNBhNppn/?lang=pt>.
  23. Dóbies DV, L'Abbate S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas. Saúde debate. 2016 [acesso em 2022 set 29]; 40(110):120-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xwv3CMRkvfNvMFPBfmRFKQG/?lang=pt>.
  24. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Fractal Rev Psicol. 2008 [acesso em 2022 set 29]; 20(1):19-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/nLW73FGMTwHxPgvnNsC73hP/?lang=pt>.
  25. Magnago C, França T, Belisário SA, et al. PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 set 29]; 43(1):24-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZnKPGMnksJcVQmJ79Wt38ny/?lang=pt>.
  26. Araújo HPA, Santos LC, Domingos TS, et al. Multi-professional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021 [acesso em 2022 set 29] (29):e3450. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XQJs46fmqM6kHvTPGghsHJc/?lang=en>.
  27. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu). 2014 [acesso em 2022 set 29]; 18(1):983-995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgvyHpg9tJfGD5yVkk/?lang=pt>.

---

Recebido em 27/06/2021

Aprovado em 20/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Relação entre território e residência em saúde: uma possibilidade de experiência decolonial?

*Relationship between territory and health residence: a possible decolonial experience?*

Juciany Medeiros Araújo<sup>1</sup>, Karla Adriana Oliveira da Costa<sup>2</sup>, Fátima Cristina Cunha Maia Silva<sup>1</sup>, Ana Maria Dubeux Gervais<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E617

**RESUMO** A presença da residência em saúde no território pode contribuir para decolonizar a Academia? Este artigo visa refletir sobre a possibilidade de decolonização dos processos de construção do conhecimento nas instituições de ensino, pesquisa e extensão por meio da presença de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo no território. Trata-se de um relato de experiência, com base epistemológica das teorias pós-coloniais e decoloniais, em especial, a Pedagogia do Território. O estudo refere-se à intersecção da formação interdisciplinar e multiprofissional na ótica da relação território e saúde a partir da realidade da comunidade quilombola de Estivas, localizada na zona rural do município de Garanhuns, região agreste de Pernambuco. Conclui-se que a residência multiprofissional como instituidora de espaços coletivos possibilita um novo olhar para o território, a comunidade e o profissional da saúde, a fim de desenvolver suas ações pautadas na interdisciplinaridade e na educação popular como uma práxis. Permite ainda compreender outros modos de produzir saúde, estimulando não só a transformação na comunidade e do profissional de saúde, mas sobretudo da sociedade, sendo, portanto, um espaço potente no contributo para a decolonização da Academia.

**PALAVRAS-CHAVE** Epistemologias. População rural. Território. Residência. Saúde.

**ABSTRACT** *Can the presence of health residency in the territory be a way to decolonize the academy? This article addresses the possibility of decolonizing the academy through a multiprofessional family health residency program focused on rural health in the region. This is an experiential report whose epistemological basis is postcolonial and decolonial theories, especially the pedagogy of the territory, and includes elements of interdisciplinary and multidisciplinary training, the territory and health, the relationship between the territory and the health of the rural population in the Quilombola community of Estivas, in the rural region of Garanhuns, Pernambuco. The conclusion is that the multiprofessional residency, as an institute of collective spaces, allows a new look at the territory, the community and health professionals to develop their actions based on interdisciplinarity, popular education and continuous training as a practice to understand other ways of producing health and stimulate change not only in the community and health professionals, but especially in society, making an important contribution to the decolonization of the academy.*

**KEYWORDS** *Epistemologies. Rural population. Territory. Residence. Health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Pernambuco (PE), Brasil.  
karlacostanutri@gmail.com



## Introdução

A educação do campo, seja na modalidade de educação básica, licenciatura ou pós-graduação, com destaque para as Residências Multiprofissionais em Saúde no Campo, é oriunda de um processo de lutas epistemológicas e sociais em defesa de uma formação que contemple um plano político-pedagógico coerente com as especificidades dos sujeitos do campo. Nesse sentido, como preconiza a Pedagogia do Território<sup>1</sup>, esse olhar abrangente e comprometido para a formação em saúde coletiva integra uma possibilidade de decolonização das práticas educativas coloniais, promotoras de desenraizamento de identidades e de territórios.

A Pedagogia do Território idealizada pelo Núcleo Tramas visa alcançar uma metodologia acadêmica mais plural com inspiração nas Epistemologias Feministas<sup>2</sup>, Epistemologias do Sul<sup>3</sup>, Ecologia Política<sup>4</sup>, na proposta da ‘ciência orientada pelo ativismo’<sup>5</sup>, no ‘saber de experiência feita’<sup>6,7</sup>, teorias decoloniais<sup>8</sup>, entre outras. Segundo o Núcleo, essa práxis acadêmica nasce em decorrência da necessidade de ruptura com as formas hegemônicas de relação entre a Academia – entendendo-a como o sistema educacional e o meio intelectual como um todo –, e o território, levando a reflexões sobre uma produção de conhecimento em consonância com os processos de luta em defesa de direitos. Essa ruptura permite desconstruir relações de poder-saber presentes na relação Academia-saúde-território e, com isso, dialogar com culturas historicamente silenciadas, como corriqueiramente acontece com as populações do campo, da floresta e das águas. Dessa forma:

Constitui como práxis intercultural e pluriepistêmica, fazendo dialogar sujeitos, conhecimentos, saberes e fazeres da universidade, da militância dos movimentos sociais, da experiência de moradores e moradoras das comunidades atingidas por injustiças ambientais<sup>1(369)</sup>.

Por sua vez, vale refletir o porquê da necessidade de decolonizar a relação Academia-saúde-território. Talvez porque, como aponta Krenak<sup>9(3)</sup>:

Seria interessante a gente pensar o que chamamos de cuidado, de saúde, e não ficar prisioneiro dessas marcas já determinadas sobre o que é saúde, doença, bem-estar; essas ideias cristalizadas sobre o corpo, um corpo que não se constitui, um corpo que é dado.

Dessa forma, essa e outras epistemologias contra hegemônicas surgem em contraponto à contínua tentativa de negação dos saberes tradicionais, em especial, nos contextos dos campos, das florestas e das águas. Essa negação, por sua vez, é herdada da perspectiva eurocêntrica e consequente do processo de colonialidade, que, de acordo com o grupo Modernidade/Colonialidade, permanece por meio de novas leituras, norteando olhares, saberes e existências, compondo a tríade: Poder, Saber, Ser<sup>8</sup>.

O conceito de colonialidade do Poder, inicialmente abordado pelo sociólogo Aníbal Quijano<sup>10</sup>, aponta para uma estrutura de poder simbólica e material, que sustenta um sistema de subalternidade. A partir da ampliação da concepção de poder, Mignolo<sup>11</sup> cunhou os conceitos de colonialidade do Ser e do Saber, por meio da ideia de que o ‘ser-colonizado’ emerge quando poder e pensamento se tornam mecanismos de exclusão. No entanto, Maldonado-Torres<sup>12</sup> (a partir de Quijano, Levinas, Fanon e outros) aprofundou a teoria sobre o Ser dizendo que a colonialidade do poder ganha uma dimensão ontológica quando idealiza graus de humanidade segundo a raça.

Para Santos<sup>13</sup>, essas formas a violência pelo Saber, Poder e Ser são ferramentas de conformar e aprofundar uma linha abissal, que se caracteriza pela polaridade – epistêmica, geográfica, social, política – entre aqueles considerados visíveis (que estão

do lado de cá da linha) e os invisíveis (que estão do lado de lá da linha); ou dito pelo autor, entre o Norte e o Sul global respectivamente. Está linha por sua vez, decorre de um processo de colonialismo que vai além da estrutura jurídico-administrativa entre territórios, mas que diz respeito a diversas formas de dominações-apropriações-violências de corpos-indivíduos-coletivos. Dessa forma, essa abissalidade configura-se na negação dos corpos e dos saberes, pois estes são produzidos como invisíveis; e, com isso, passíveis de dominação, exploração e/ou eliminação.

A formação em saúde possui como base epistemológica tais concepções, pois está ancorada em uma ciência (biomédica) que, além de se apropriar dos saberes populares, os nega. Diante disso, na visão monolítica da biomedicina, os saberes tradicionais são realidades inferiores que nada ou pouco contribuem para o cuidado em saúde, porém, ao contrário da medicina ocidental que visa majoritariamente à doença e à fragmentação do corpo, a medicina tradicional constitui-se simultaneamente como instâncias terapêuticas, jurídicas, políticas e espirituais<sup>14</sup>. Devido a isso, é urgente que as instituições responsáveis pelas formações em saúde transformem sua própria atuação e o seu olhar sobre o indivíduo, uma vez que devem romper com a perspectiva hegemônica eurocentrada do indivíduo como ser individual, e não enquanto parte de uma coletividade, para, com isso, romper com as diversas formas de controles impostas pelo poder, entre elas, o saber e o ser, ou seja, com as faces da colonialidade.

Nessa última perspectiva e considerando o contexto do campo, em uma suposta tentativa de ampliar a reflexão-ação sobre a saúde, destacam-se, no âmbito da formação em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS): a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>15</sup>; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das

Águas (PNSIPCFA)<sup>16</sup>; a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)<sup>17</sup> e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo (RMSFC)<sup>18</sup>. Tais estratégias apontam como importante e necessário romper com o modelo médico-centrado, uniprofissional, fragmentado e hierarquizado de formação e atenção à saúde. Com isso, tendem a aumentar a capacidade resolutiva pela atuação interdisciplinar e, também, a possibilidade de cuidado a partir do olhar integral sobre os indivíduos e as coletividades, valorizando os diversos saberes, a ancestralidade, o diálogo e o território.

Apesar dessas perspectivas políticos-institucionais mais equitativas, entende-se que essas estratégias estão inseridas em um contexto sustentado por concepções de saúde capitalistas e coloniais centradas no controle do corpo biológico e social que dicotomiza entre: sujeito-objeto, saber universal-saber parcial, saber neutro-saber implicado, ou seja, ancorado no paradigma colonial biomédico de formação<sup>19</sup>. Assim, como pergunta Krenak<sup>9(4)</sup>:

[...] em que momento é possível cruzar a ideia da integralidade e equidade quando o próprio complexo todo não tem equidade, e mesmo quando busca a integralidade o faz de uma maneira manipulada e com o objetivo de controle? O sistema da saúde do Ocidente é controle.

Com isso, lançamos a seguinte inquietação: a presença da residência em saúde no território pode ser uma forma de decolonizar a Academia? Assim, este artigo, na forma de relato de experiência, visa refletir sobre a possibilidade de decolonização da Academia por meio da presença de um Programa de RMSFC no território da comunidade quilombola de Estivas, localizada na zona rural do município de Garanhuns, região agreste de Pernambuco.

## **Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na Saúde da População do Campo: um percurso a ser trilhado**

O Programa de RMSFC surge como uma das estratégias de interiorização da saúde e de superação da invisibilidade histórica da atenção à saúde das populações do campo, da floresta e das águas. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde<sup>20</sup> e a Constituição Federal de 1988<sup>21</sup> dispõem ao SUS a competência de ordenador da formação de recursos humanos no campo da saúde. A partir desses marcos políticos institucionais, inicia-se um movimento de construção de novos paradigmas com repercussões na organização dos serviços de saúde e, principalmente, com o modelo de formação dos profissionais de saúde interdisciplinar.

Apesar de as residências em saúde terem surgido no final da década de 1970, nosso estudo trata de RMSFC coordenada pela Universidade de Pernambuco, em parceria com o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), com as Comunidades Quilombolas de Garanhuns, com a Escola Nacional Florestan Fernandes e com o Coletivo de Saúde no Campo a partir de 2015. A experiência aconteceu em um assentamento de Caruaru e em uma comunidade quilombola de Garanhuns, ambos em Pernambuco. Ao longo desses seis anos, o programa se expandiu para outros locais, a exemplo do Distrito Federal, e vem sendo construído por meio de uma gestão compartilhada envolvendo o território, a Academia, a Secretaria de Saúde (Estadual e Municipal) e o Ministério da Saúde.

O programa tem como eixos norteadores a educação pelo e para o trabalho e a Pedagogia da Alternância. A Pedagogia que surge no Brasil em 1969,

[...] é uma metodologia que favorece o acesso e a permanência dos jovens e adultos do campo

nos processos escolares, antes dificultada por sua característica sem articulação com a realidade e os modos de vida rural<sup>22(120)</sup>.

As residências em saúde do campo buscam apoio nos referenciais da pedagogia da alternância e possuem como eixos norteadores a educação popular (em saúde), a partir dos princípios: saber ouvir; transformar a ingenuidade em ação política; aprender com o outro; saber dialogar; viver pacientemente impaciente; correr riscos; perceber que ninguém está só no mundo; saber ser amoroso etc.<sup>23-25</sup> e as metodologias ativas e participativas. O objetivo é de formar trabalhadores da saúde cujo perfil denote maior preocupação com a realidade local, condizentes com os princípios do SUS e da educação popular em saúde. Dessa forma, além de formar trabalhadores comprometidos com o enfrentamento das iniquidades em saúde, possuem capacidade técnica de olhar não somente o indivíduo, mas sobretudo o território em que está inserido, o seu modo de vida, de produção e reprodução social, construindo uma perspectiva decolonial.

Devido à especificidade do contexto, observa-se também a necessidade de atualização e formação de preceptores e tutores com qualificação permanente. Entretanto, há uma escassez de referencial político-metodológico para a formação em serviço e principalmente voltado às populações do campo, da floresta e das águas. Sendo assim, além de ser uma estratégia fundamental para os residentes, contribui com a atuação profissional do preceptor (profissional vinculado ao serviço) e tutor (profissional vinculado a instituição de ensino).

Essas estratégias são essenciais para identificar e, de alguma forma, suprir os vazios existentes de políticas públicas de saúde e trazer resolutividade no contexto dos serviços de saúde por meio de outra forma de aprender e ensinar, que entenda que o processo saúde-doença integra os valores e as crenças e, assim, necessita de um outro modo de agir em saúde. Diante do exposto, apesar dos avanços das residências em saúde, a residência em saúde

do campo aponta como um marco a formação e a assistência à saúde da população do campo, pois contribui com uma abordagem teórica, prática, crítica e reflexiva específica, uma vez que as primeiras ainda são muito focadas nas populações urbanas, possuindo pouco olhar e valorização do conhecimento da população do campo, tendo em conta a localização das instituições de ensino.

## **Residência Multiprofissional em Saúde do Campo: relato de experiência na Comunidade Remanescente de Quilombo do Sítio Estivas**

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o conceito de ‘Povos Tradicionais’ tem avançado muito, legitimando, cada vez mais, o caráter das identidades coletivas e de territorialidade. Esse conceito é, hoje, uma categoria jurídica e um objeto de política pública, consolidando um amplo conjunto de grupos sociais e ressaltando características próprias quanto aos seus modos de vida e especificidades culturais e históricas<sup>26</sup>. O Decreto nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, define, no art. 3º, que:

Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição<sup>27</sup>.

Atualmente, reforça-se a essa temática os quilombos ou as Comunidades Remanescentes de Quilombos. Uma das formas de organização social mais antigas do País, podem ser

consideradas formas de resistência ao projeto colonial, outrora quando confrontavam o sistema escravista e hoje ao enfrentar o neocolonialismo na busca e na luta por acesso à terra, que foi e é, assim como a outros povos, historicamente negada ou retirada à força. Para Carril<sup>28(61)</sup>,

A paisagem atual dos quilombos, contudo, reatualiza a luta do negro na sociedade brasileira, nesse período histórico do território, quando as forças do capital alienam o território em uma economia cada vez mais mundializada.

No âmbito da política de saúde, em 2004, a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.434<sup>29</sup>, foi criada a política de inclusão da população quilombola, instituindo equipes de Estratégia Saúde da Família para as comunidades quilombolas; e, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria nº 992, traçando metas de melhorias à saúde com atenção especial à população quilombola<sup>30</sup>.

A Comunidade Remanescente de Quilombos do Sítio Estivas fica situada no agreste do Pernambuco. Originalmente, suas terras eram ocupadas pelos indígenas do ramo dos Cariris, quando, por volta do século XVII, brancos e negros fugidos da sujeição dos holandeses ocuparam as regiões de brejos, lá estabelecendo-se em aldeias esparsas.

A experiência relatada no presente artigo parte de uma vivência na disciplina ‘Descolonialidade e diálogos de saberes em territórios’, promovida pela Fiocruz-Recife em parceria com a Universidade Federal Rural de Pernambuco. Como finalização do curso, foi sugerida aos discentes a apresentação de um seminário que teve como referência as teorias decoloniais a partir do texto: ‘A pedagogia do território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo Tramas’<sup>1</sup>. Essa reflexão permitiu ao grupo problematizar a relação território e residência a partir da seguinte questão: a Academia pode ser decolonial?

A relevância da discussão possibilitou que os participantes do seminário, ao se depararem com uma comunidade negra rural, buscassem contemplar as questões étnico-raciais e culturais em uma abordagem geográfica, bem como compreenderem as relações entre trabalho, modo de vida e vinculação do ser humano com a terra. Para entender tal dinâmica, fez-se necessário explorar o conceito de território, bem como o de territorialidade, de forma a buscar compreender como, por meio do uso do território, a Comunidade Remanescente de Quilombos do Sítio Estivas estabelece as relações com o entorno reafirmando as buscas pela identidade dos afrodescendentes.

O diálogo desse seminário foi construído a partir das falas de três convidadas: uma liderança da comunidade, uma residente da RMSFC R1 (primeiro ano) e uma residente da RMSFC R2 (segundo ano). Previamente, foram lançadas as seguintes perguntas reflexivas: 1. Quem é você e qual é a sua relação com o território? 2. Para você, qual a função social e política da Academia nos territórios? 3. Você acha que houve alguma mudança no território desde que a residência se aproximou? Se sim, quais os impactos positivos e/ou negativos mais importantes que pode citar? 4. Você acredita na união entre os saberes populares e saberes acadêmicos para a transformação social?

As falas das residentes pontuaram a necessidade de conhecer previamente as particularidades do território, compreender como a comunidade se comporta e se relaciona com os diversos aspectos que constituem a saúde-doença, para que as ações em saúde não reproduzam as comumente realizadas em cenário urbano. Para isso, é necessário dialogar, escutar, reconhecer a incompletude do saber acadêmico, ou seja, é preciso experimentar a autonomia e o poder de criação no processo de cuidado com base na realidade. Destaca-se a importância do processo de territorialização para além do processo geográfico, mas como o reconhecimento das relações entre ambiente, condições de vida, situações de saúde e rede de saúde<sup>31</sup>. Aspectos trazidos

como desafiantes para a formação como trabalhador do SUS, uma vez que, mesmo com um olhar diferenciado para a questão do campo, a formação inicial em saúde dos residentes é pautada pelo modelo biomédico de cuidado e que tem como uma das premissas desconsiderar o contexto e o sujeito, que se diferencia da forma como a residência do campo se organiza tradicionalmente por meio de um processo de aprendizagem diária e coletiva.

A ‘(des)territorialização’ histórica de saberes, de identidades, por meio de formas variadas de poder, precisa ser repensada para que haja uma conversa com o pensamento decolonial na afirmação de que é possível convergir os sistemas de saberes científicos com os saberes nascidos da vivência diária dos povos com a natureza.

O diálogo, ferramenta leve e complexa, foi apontado pelas residentes como a possibilidade de unir o mundo das ciências com o universo da sabedoria dos povos tradicionais, respeitando a existência do outro. Nesse sentido, corroboram-se as palavras de Cotta et al.<sup>32(282)</sup> quando apontam que,

Só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas.

Outro ponto trazido como essencial para a contribuição da residência para a formação das residentes e apontado como essencial à transformação do seu olhar foi a necessidade de um trabalho interdisciplinar e de equipe entre residentes e comunidade. A interdisciplinaridade, para além da união entre saberes, deve ser entendida como uma práxis, ou seja, um processo de construção de conhecimento e ação que se conforma por meio de consensos e dissensos<sup>33</sup>. Parece ser inquestionável que só é possível construir vínculos fortalecidos e ações de saúde resolutivas se o trabalho for realmente coletivo e colaborativo desde o planejamento até a execução das atividades.

Porém, trabalhar de maneira conjunta é desafiante, pois necessita que todos os envolvidos, em alguma medida, renunciem a suas supostas certezas, exigindo uma constante negociação.

A fala da liderança comunitária apontou para duas questões centrais: a primeira referente a sua relação com o território, completamente marcada pela ancestralidade, já que relata que se descobriu quilombola a partir da sua história familiar e da relação de pertencimento com a Comunidade Remanescente de Quilombo de Estivas. Nesse sentido, ressaltou a importância de considerar aspectos além do corpo físico no cuidado em saúde, bem como de considerar a ancestralidade e os modos de viver como práticas de saúde. Como apontam Farias et al.<sup>34(634)</sup>:

Nessa perspectiva, a promoção, prevenção e recuperação em saúde desta parcela da população precisam ser compreendidas a partir da visão de mundo africana e das formas de conhecimentos afrocentrados. A premissa para essa compreensão ocorre na contextualização do paradigma civilizatório negro-africano e da cosmovisão africana.

Outro ponto importante foi a avaliação positiva da presença da residência no quilombo. Para a liderança, a união entre os saberes tradicionais e os acadêmicos, quando existe um respeito mútuo, engrandece o território e a aprendizagem de todos, uma vez que os residentes contribuem com inovações e outros olhares, inclusive com novas provocações políticas e sociais, retirando o quilombo da sua zona de conforto e levando à necessidade de uma organização interna, inclusive, para receber os residentes. Acrescido a isso, trouxe um pouco da história de como a residência tem contribuído com os quilombolas para o enfrentamento da pandemia e construído atividades para sanar as necessidades imediatas advindas do cenário pandêmico, como, por exemplo, a fome, como veremos a seguir.

Nos primeiros meses da Covid-19, os residentes foram afastados do quilombo para pensar como seria a sua contribuição considerando os riscos a serem enfrentados. Após a compreensão inicial da situação, foi necessário entender o que representava os dizeres ‘fique em casa; use máscara; mantenha distanciamento; lave as mãos’ para uma comunidade que tem vários familiares em casa e que dependem do trabalho com a terra. Além dos cortes das políticas assistenciais e do aumento do preço dos alimentos, outro desafio surgiu: a fome. Assim, a residência no módulo saúde do trabalhador inseriu a discussão da ciência agroecológica ampliando o conceito de saúde na RMSFC.

Com isso, diante da dificuldade de atuar nas casas das pessoas e provocados pela necessidade real de fome, surgiram como propostas imediatas e de urgência a construção de mandalas comunitárias de verduras, um biodigestor e uma cozinha comunitária. No entanto, o desafio foi posto pela necessidade de unir as pessoas dentro das exigências da vigilância sanitária, obedecendo às medidas de segurança para evitar a contaminação pela Covid-19.

*As lideranças foram convidadas a dialogar com os residentes e trazer as suas dificuldades naquele momento, além de pensar como os residentes poderiam estar junto no cuidado com a saúde da comunidade, escrevendo tudo que podia ser feito para diminuir os problemas que estavam surgindo por causa da pandemia. (Liderança).*

Os residentes fizeram grupos no celular para facilitar a comunicação (com aqueles que tem acesso a celular) e, juntos, construíram um cronograma de acordo com a possibilidade da comunidade em se reunir em mutirões para construção das hortas e dos biodigestores. Cada pessoa tinha uma atribuição, e as orientações para distanciamento, uso de máscara e lavar as mãos foram sempre presentes.

Ter água para lavar as mãos não é algo tão fácil na região do Semiárido nordestino, por

isso, pensar em uma forma de disponibilizar água para a população foi uma das primeiras medidas a serem consideradas. Segundo Almeida et al.<sup>35</sup>, a partir de uma tecnologia alternativa com garrafas de plástico, canos e uma torneira para ser colocada em pontos estratégicos na comunidade, foi realizado o primeiro mutirão para estimular a lavagem das mãos e facilitar para os que desejavam lavar, mas não tinham local para fazer. Essa tecnologia trouxe para a comunidade do Sítio Estivas um despertar para novas possibilidades do fazer coletivo.

Após a análise de todas as possibilidades que minimizassem os riscos, o segundo passo foi convidar a liderança comunitária a ser preceptora direta dos residentes no território, para que as ideias pudessem ser construídas para a real necessidade daquele momento, “*e assim foram feitas as mandalas de verduras e o biodigestor*” (Liderança).

Diante do relato da liderança comunitária, percebe-se que esse cenário pandêmico contribuiu para ressaltar a construção coletiva a partir da necessidade local, bem como o compromisso dos residentes de vivenciar a realidade na qual estavam inseridos. Tudo isso, a partir da educação popular em saúde como caminho teórico-metodológico entendido como uma ação política e transformadora na qual teoria e prática representam polos inseparáveis<sup>36</sup>, levou os residentes a refletir com a comunidade soluções, de forma coletiva e interdisciplinar, considerando os fatores de determinações sociais, a integralidade do cuidado e a participação social – além de permitir a compreensão do papel do residente no território e a possibilidade de concretizar os princípios do SUS. Assim, “a ciência traz sua interseção no espaço real da formação dos residentes e trabalhadores do SUS”<sup>36(17)</sup>.

## Considerações finais

A Pedagogia do Território se expressa nesta experiência por meio da construção conjunta,

da escuta atenciosa e criativa, mas principalmente pela recusa de negar e silenciar seres e saberes que historicamente foram e são calados como herança do eurocentrismo, por meio do racismo epistêmico étnico-estrutural. Considerando essa pedagogia, a RMSFC se apresenta como uma estratégia essencial para pensar e produzir saúde com outro olhar para populações específicas, levando a transformação das práticas profissionais, contribuindo para a efetivação das políticas de equidade em saúde e, principalmente, visibilizando essas comunidades.

Diante dos breves relatos, a experiência relatada apresenta alguns caminhos para que essa visibilização seja possível, representando, de forma contextual, possibilidades de pensar e agir a partir de uma perspectiva pós-abissal, tanto referente à vida no território quanto à ação em saúde. Assim, parece que esse espaço de formação se aponta como uma possibilidade potente de decolonização do Saber, do Ser e do Poder da Academia e do SUS nas suas formas de conhecer, cuidar, aprender e vivenciar o território.

No entanto, apesar de tais potências, cabe ressaltar alguns limites da residência em saúde dentro do contexto quilombola. Primeiro, estamos falando de um espaço e de um povo marcados por processos de violência e perseguição históricas, que reverberam em piores condições de vida e de saúde. Segundo, os profissionais residentes, na sua grande maioria (apesar da mudança curricular de algumas universidades), não obtiveram na formação graduada um aprofundamento e uma consistente reflexão histórico-conceitual sobre a saúde da população negra, muito menos em contextos específicos, tampouco sobre aspectos como: racismo, equidade, alteridade. Isso pode fazer com que haja uma maior dificuldade no diálogo com essas comunidades e, também, depositar na residência um caráter de formação inicial. Ademais, por vezes, o olhar criativo e ativo do campo da saúde sobre os quilombos acaba, em certa medida, ficando mais limitado àqueles que recebem residentes,

pois até mesmo a atenção básica, por vezes, está ausente, descontextualizada, não preparada, incompleta e/ou não é priorizada pelas gestões locais e federal nessas e em outras comunidades tradicionais. A consequência dessa limitação é o risco de que as estratégias realizadas pelas residências multiprofissionais em saúde fiquem restritas a uma experiência isolada e ao campo acadêmico, que não tenha continuidade ou que não represente, de fato, mudanças sustentáveis ao território.

## Colaboradoras

Araújo JM (0000-0001-6205-0116)\*, Costa KAO (0000-0001-5585-5768)\* e Silva FCCM (0000-0003-1695-0740)\* contribuíram igualmente para a idealização do desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do estudo; e revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. Gervais AMD (0000-0002-1393-529X)\* contribuiu para a revisão final e aprovação do manuscrito para submissão. ■

## Referências

1. Rigotto RM, Leão FAF, Melo RD. A Pedagogia do Território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do núcleo temas. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LAD. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 345-396.
2. Silva CB, Oliveira NAS. Epistemologia feminista. In: Colling A, Tedeschi LA. *Dicionário crítico de gênero*. Dourados: UFGD; 2015. p. 203-207.
3. Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010.
4. Porto MFS. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: Um ensaio de epistemologia política. *Rev. Crit. de Cienc. Sociais*. 2011; (93):31-58.
5. Martinez-alier J, Anguelovski I, Bond P, et al. Between activism and science: grassroots concepts for sustainability coined by Environmental Justice Organizations. *J Political Ecol*. 2014 [acesso em 2021 jul 12]; 21(19):19-60. Disponível em: <https://doi.org/10.2458/v21i1.21124>.
6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
7. Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
8. Lander E. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latinoamericanas*. Argentina: Colección Sur Sur, CLACSO; 2005.
9. Krenak A. Reflexão sobre a saúde indígena e os desafios atuais em diálogo com a tese “Tem que ser do nosso jeito”: participação e protagonismo do movimento indígena na construção da política de saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2020; 29(3): e200711.
10. Quijano A. Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indíg*. 1992; 13(29):11-20.
11. Mignolo W. Os esplendores e as misérias das ciências: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-ver-salidade epistêmica. In: Santos BS. *Conhecimento pruden-te para uma vida desce: Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez Editora; 2004. p. 667-707.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Maldonado-Torres N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In: Castro-Gómez S, Grosfoguel R. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar; 2007. p. 127-167.
13. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*. 2007 [acesso em 2021 ago 10]; (79):71-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>.
14. Santos BS, Meneses MP, Nunes JA. Para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo. In: Santos BS. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p. 21-121.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*. 19 Nov 2013.
18. Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Residentes se preparam para atuarem com a Saúde da Família da População do Campo. 2015. [acesso em 2021 agosto 10]. Disponível em: <https://mst.org.br/2015/04/02/residentes-se-preparam-para-atuarem-com-a-saude-da-familia-da-populacao-do-campo/>.
19. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(12):3595-3604.
20. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
22. Cordeiro G, Reis N, Hage S. Pedagogia da Alternância e seus desafios para assegurar a formação humana dos sujeitos e a sustentabilidade do campo. Em Aberto. 2011 [acesso em 2021 jul 10]; 24(85):115-125. Disponível: <http://www.emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/3078>.
23. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45.
24. Santorum JA, Cestari ME. A educação popular na prática da formação para o SUS. *Rev. Trab. Educ. Saúde*. 2011; 9(2):223-240.
25. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
26. Alves VLS, Acioli MD. Um olhar decolonial sobre a territorialidade dos pescadores tradicionais do Angari. *Rev Direito Debate*. 2020 [acesso em 2021 junho 23]; 29(54):56-65. Disponível: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2020.54.56-65>.
27. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2007. [acesso em 2022 nov 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm).
28. Carril L. Quilombo, favela e periferia: a longa busca da cidadania. São Paulo: Annnablume; Fapesp; 2006.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia

- gia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Jul 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 13 Maio 2009.
  31. Teixeira CF, Paim JS, VillasBôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. SUS.* 1998; (7):7-28.
  32. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. Educ. méd.* 2007; 29 (1):278-286.
  33. Scherer MDA, Pires DEP, Rémy J. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2021 julho 28]; 18(11):3203-3212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.
  34. Farias KP, Crossetti MGO, Góes MGO, et al. Health practices: the view of the black elderly population in a terreiro community. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(4):590-7.
  35. Almeida MDS, Silva SR, Silva NC, et al. Residência em saúde da família do campo e o enfrentamento a COVID-19: relato de experiência. *Health Resid. J.* 2020 [acesso em 2021 junho 10]; 1(7):52-67. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/89>.
  36. Dantas ACMTV, Falcão IV. Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Rev. Ed. Popular.* 2014 [acesso em 2021 jul 25]; 13(2):10-24. Disponível: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/26689>.

---

Recebido em 14/08/2021  
 Aprovado em 20/06/2022  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# A construção da interdisciplinaridade na saúde: a experiência das rodas de conversas na pandemia

*The construction of interdisciplinarity in health: the experience of conversation circles in the pandemic*

Fernanda de Oliveira Sarreta<sup>1</sup>, Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni<sup>1</sup>, Elaine Teixeira Alves dos Santos<sup>1</sup>, Gabriela Cristina Braga Bisco<sup>1</sup>, Laís Caroline Neves<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E618

**RESUMO** O objetivo do artigo foi apresentar o processo de construção da interdisciplinaridade na saúde a partir da experiência das rodas de conversas no enfrentamento da pandemia da Covid-19. A crise pandêmica atingiu toda a população e exigiu a organização de estratégias e repostas aos problemas apresentados nos serviços municipais, porém, os impactos sociais atingiram segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade de maneira profunda, como a população em situação de rua. Diante da complexidade desse cenário e da intenção de desvendar essa realidade, o Grupo de Estudo sobre Política de Saúde e Serviço Social e o Grupo de Estudo sobre Participação nas Políticas Sociais, da Universidade Estadual Paulista de Franca, São Paulo, mobilizaram coletivamente estudantes, pesquisadores, docentes, trabalhadores e usuários para o debate interdisciplinar. A proposta das rodas de conversas foi construída no movimento dessa realidade, a partir do exercício dialético e dos problemas vivenciados da pandemia, realizadas de forma remota e mensal, em 2020 e 2021. As discussões e os resultados demonstraram que a roda é um dispositivo potente para estudos, reflexões, troca de experiências e conhecimentos, na construção da interdisciplinaridade em saúde e das estratégias intersetoriais para essa população. Um espaço que se configurou de fortalecimento e resistência dos sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde pública. Interdisciplinaridade. Intersetorialidade. Roda de conversa.

**ABSTRACT** *The article aims to present the process of building interdisciplinarity in health, based on the experience of conversation circles in the face of the COVID-19 pandemic. The pandemic crisis reached the entire population and required the organization of strategies and responses to the problems presented in the municipal services, however, the social impacts reached segments of the population in situations of vulnerability in a profound way, such as the homeless population. Given the complexity of this scenario and the intention to unravel this reality, the Study Group on Health Policy and Social Service and the Study Group on Participation in Social Policies, from Universidade Estadual Paulista de Franca, São Paulo, collectively mobilized students, researchers, teachers, workers, and users for the interdisciplinary debate. The proposal of the conversation circles was built in the movement of this reality, from the dialectical exercise and the problems experienced by the pandemic, carried out remotely and monthly, in 2020 and 2021. The discussions and results showed that the circle is a powerful device for studies, reflections, exchange of experiences and knowledge, in the construction of interdisciplinarity in health and intersectoral strategies for this population. A space configured for the strengthening and resistance of the subjects.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Franca (SP), Brasil.  
andrea.liporoni@unesp.br

**KEYWORDS** *Public Health, Interdisciplinarity, Intersectorality, Circles of conversation.*



## Introdução

*Eu tô aqui na Casa de Passagem, perdi meu emprego há muito tempo. E eu tô com medo da pandemia! (Maria, mulher em situação de rua)*

*A pandemia quando chegou estragou muita coisa na minha vida. Eu tava numa fase boa, comecei até a trabalhar na rua e tive que parar. A pandemia acabou com muita gente. (Fabiano, homem em situação de rua)*

A partir dessas falas, fica evidente que a pandemia da Covid-19 impactou a vida de toda a sociedade e atravessou as relações sociais, políticas, econômicas e culturais. Um dos grandes desafios colocados foi a reorganização dos serviços municipais, nos quais se efetivam o atendimento direto da grande maioria da população brasileira. Desafios que exigiram esforços coletivos e solidários, diante dos impactos na saúde e na vida da população empobrecida.

Os primeiros estudos acerca dos impactos sociais da pandemia já evidenciam que os segmentos populacionais mais vulnerabilizados, como destaque, a População em Situação de Rua (PSR), vivenciaram esses desdobramentos de forma agravada. Matta et al.<sup>1</sup> demonstram que as populações vulnerabilizadas enfrentam desafios que se interseccionam e agravam os impactos sociais da pandemia; dessa forma, não é possível pensar no enfrentamento da crise sanitária sem considerar as especificidades da sociedade brasileira e as desigualdades que a compõem.

Na maioria das vezes, as respostas para a proteção durante a pandemia consideram populações em abstrato. Mas não há um humano universal. Recomendasse, por exemplo, o distanciamento social, ficar em casa, lavar as mãos, usar máscaras. Mas nem todas as pessoas vivem o privilégio do distanciamento social durante uma pandemia. [...] Para os que vivem escassez de água não há nem mesmo a possibilidade

de lavar as mãos. Por isso, as políticas devem incorporar a realidade das desigualdades: os recursos públicos para manutenção da vida são distribuídos desigualmente a depender do gênero, raça, classe, deficiência e geografias<sup>2</sup>.

Justamente por se deparar com essa realidade que trabalhadores da linha de frente das políticas da saúde e da assistência social do município de Franca, São Paulo, apresentaram a necessidade de dialogar sobre as questões que envolvem a PSR na pandemia da Covid-19, para o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (Quaviss), da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) de Franca, para o enfrentamento da pandemia no contexto da rua.

A PSR é compreendida enquanto grupo heterogêneo, mas tem em comum o atravessamento de graves violações de direitos, a pobreza extrema, a falta ou fragilidade dos vínculos familiares e comunitários e a inexistência de uma moradia convencional<sup>1</sup>. Na pandemia, o cenário da rua se configurou como um grande desafio para a rede de atendimento municipal, no sentido de oferecer o cuidado adequado às suas necessidades, uma vez que as orientações básicas vêm sempre acompanhadas de limitações estruturais que impedem, em muitas situações, a materialidade das ações.

Nesse sentido, o Grupo de Estudos acolheu as demandas dos trabalhadores e se configurou enquanto um importante espaço de acolhimento, reflexão e resistência, para as estratégias necessárias à qualificação da rede de atenção à PSR nesse contexto. Iniciamos os encontros para estudar sobre os impactos da pandemia na realidade da PSR, em março de 2020, tendo como característica central a interdisciplinaridade na saúde na construção das pautas, uma vez que contou com a participação de profissionais das áreas de serviço social, enfermagem, psicologia, medicina, terapia ocupacional, direito, pedagogia, odontologia, entre outros, que contribuíram para um debate plural, denso e qualificado.

Para viabilizar os debates propostos, o Grupo adotou como estratégia metodológica a realização de rodas de conversas, que se caracteriza enquanto um importante dispositivo de integração entre os trabalhadores, a rede de equipamentos e a universidade, promovendo a educação permanente em saúde para a qualificação da formação para o trabalho em saúde, na perspectiva interdisciplinar, com bases nas experiências e discussão teórica de Sarreta<sup>1</sup>.

Assim, o artigo tem como objetivo apresentar o processo de construção da interdisciplinaridade na saúde, a partir da experiência das rodas de conversas no enfrentamento da pandemia da Covid-19. A proposta das rodas de conversas foi construída no movimento dessa realidade, a partir do exercício dialético e dos problemas vivenciados da pandemia, realizadas de forma remota e mensal, em 2020 e 2021. Nesse sentido, o problema prioritário foi o desafio da interdisciplinaridade na saúde, tendo como referência a concepção ampliada, visando à organização de ações e estratégias intersetoriais para o atendimento da PSR, na realidade do município de Franca/SP.

Foram realizadas 18 rodas de conversas que aconteceram com periodicidade mensal e remotamente. O registro dos encontros aponta que a iniciativa atingiu um público de aproximadamente 500 pessoas, em que diversos serviços e instituições participaram dos estudos, discussões e elaboração de todo o processo que envolveram as rodas de conversas, entre eles, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Participação nas Políticas Sociais (Gepapos) da Unesp, a Assessoria Jurídica Popular da (Ajup) dessa Universidade, o Centro Universitário Municipal (Unifacef), os serviços municipais que compõem a rede de atenção à PSR, tais como Consultório na Rua, Centro Pop, Abrigo Provisório e Casa de Passagem. Contamos, ainda, com a participação regional do Comitê Intersetorial para a População de Rua de Araraquara, e internacional dos trabalhadores, docentes e pesquisadores de Luanda, da Universidade Católica de Angola.

Os resultados e a discussão demonstram que a roda é um dispositivo potente para estudos, reflexões, troca de experiências e conhecimentos, na construção da interdisciplinaridade em saúde e das estratégias intersetoriais para essa população. Um espaço que se configurou de fortalecimento e resistência dos sujeitos. Assim, o artigo está organizado a partir dos caminhos adotados nas rodas de conversas no enfrentamento da pandemia, que motivou a integração de diversos sujeitos coletivos. Em seguida, reflete sobre o processo da construção da interdisciplinaridade na saúde e das estratégias intersetoriais desse coletivo e, por fim, as considerações finais.

No corpo do texto, a voz da PSR está presente por meio de depoimentos realizados na ocasião do evento de Celebração de experiências bem-sucedidas na pandemia, realizado em 2021. Trazer a voz dessas pessoas para o texto é oferecer a elas a oportunidade de se expressarem e serem ouvidas e, também, de conseguir sensibilizar a academia para que outras pessoas possam se engajar nas lutas para garantia dos direitos dessa população.

## Rodas de conversas sobre a saúde e os caminhos no enfrentamento da pandemia

*Sou morador de rua há 12 anos, tenho 40 anos e vivo na rua.*

*Viver na rua não é fácil não, por causa da sociedade. Mas nós luta, nós somos guerreiros. Pra mim é bom estar aqui, porque muitas pessoas que estão na rua, não tem para onde ir. E aqui o acolhimento foi bom, a unidade é boa.*

*Foi duro... Eu tenho esperança de arrumar uma família e ser bem de vida! (Alessandro, homem em situação de rua).*

O desvelamento dos problemas vivenciados no contexto pandêmico, notadamente em 2020, a partir das rodas de conversa em

estudos, reflexões e diálogos, teve como subsídio a extensa produção crítica da saúde coletiva e das ciências humanas e sociais. Produções na direção da defesa do Projeto da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal e de qualidade.

A roda de conversa<sup>5</sup> é um dispositivo potente para a integração dos sujeitos, a partir da problematização das situações vividas e sentidas na pandemia, e contribuiu no processo da construção da interdisciplinaridade na saúde. Esse movimento teve a intenção de provocar o exercício dialético da ação-reflexão-ação, tendo como referência a realidade social e as necessidades de saúde, e de possibilitar espaços dialógicos para a troca de saberes e conhecimentos visando à apropriação do direito à saúde. Sobretudo, aprofundar a compreensão da complexidade das relações na realidade que vivemos, além da imediatividade.

Do mesmo modo, essa experiência revela que as rodas foram relevantes para o debate acerca do enfrentamento da pandemia da Covid-19 com a PSR, pois mobilizaram trabalhadores, gestores, universidades e usuários, para a compreensão das vulnerabilidades que se interseccionam na realidade das ruas. O espaço das rodas foi, na essência da sua proposta, de construção interdisciplinar e intersetorial, a partir dos problemas agravados no cenário pandêmico para o compartilhamento de saberes, experiências, conhecimentos, desafios, limites e potencialidades.

A partir dessa aprendizagem coletiva, os sujeitos encontraram espaço de acolhimento para reflexão do cotidiano na saúde e para resistência a este cenário político caótico e conservador que se instalou no País. Assim, os temas de estudos e debates envolveram os princípios e as diretrizes constitucionais do SUS, a política nacional da PSR, a declaração mundial e nacional da pandemia e as orientações correspondentes, temáticas relacionadas com preconceito, interseccionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ainda, pesquisas, análises e dados produzidos pelas universidades, conselhos de direitos e institutos que evidenciaram, desde o início da pandemia, as desigualdades sociais agravadas pelos marcadores de classe, raça e gênero na PSR.

As rodas de conversa identificaram experiências bem-sucedidas, as quais foram socializadas pelo coletivo, no sentido de contribuir com as estratégias no cenário pandêmico local e regional. Nessa direção, valorizou a troca de experiências de trabalhadores dos serviços, de pesquisas desenvolvidas pelas universidades, de estágios integrando estudantes e profissões, ou seja, proporcionou reflexões adensadas acerca do tema. Por fim, a experiência das rodas foi pautada no reconhecimento da saúde como espaço interdisciplinar, de aprendizagem da fala, da escuta qualificada, do acolhimento, do exercício participativo e democrático ante os desafios e as complexidades que envolvem a realidade das ruas.

A pandemia da Covid-19 exigiu a intervenção intersetorial, e esse espaço das rodas possibilitou que trabalhadores da linha de frente de diferentes áreas do saber se articulassem para um diagnóstico das necessidades e particularidades das condições da saúde e da vida nas ruas. Ou seja, contribuiu para um olhar crítico dessa realidade complexa e articulou ações na perspectiva interdisciplinar, sendo que os problemas locais prioritários refletem a realidade nacional, tais como: ausência de condições de higiene pessoal, de isolamento social, do uso de máscaras, da alimentação, da renda e trabalho, do acesso aos serviços, exames de diagnóstico e tratamento, do transporte e locomoção, do acesso ao benefício emergencial, entre outros.

A intersetorialidade não está presente na agenda municipal, estadual e federal, como prioridade para fomentar ações no enfrentamento da pandemia. Portanto, as rodas de conversas conseguiram provocar a construção da interdisciplinaridade na saúde e articular estratégias intersetoriais, que possibilitaram desdobramentos importantes sobre a realidade da PSR na pandemia em Franca, onde se destacam: a integração e o diálogo entre os trabalhadores da linha de frente dos serviços e demais sujeitos envolvidos; o debate interdisciplinar e intersetorial que contribuiu para o fortalecimento dos sujeitos e o atendimento das demandas; a apresentação dos problemas para a gestão local visando

à reorganização do atendimento e serviços; a organização de ações e medidas da gestão local, em resposta às reivindicações dos serviços e dos usuários; a integração com as experiências de outros municípios que apresentou perspectivas de atuação, auxiliando a qualificação das ações desenvolvidas; a troca de experiências com trabalhadores da linha de frente de Luanda, Angola, que contribuiu para compreensão dos desafios que não são apenas nacionais, mas mundiais.

Destaca-se que no âmbito da Unesp, esse trabalho provocou a reorganização do trabalho das docentes envolvidas, com a criação de disciplina específica no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, voltada para o tema em 2021. Ainda, as docentes organizaram linhas de pesquisa específicas sobre a PSR, na Graduação e na pós-Graduação em Serviço Social, para fomentar o desenvolvimento de estudos, análises e dados da realidade local e regional.

Essa experiência que envolveu uma diversidade de interlocutores cresceu e resultou na organização coletiva do evento em comemoração do Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. A proposta partiu de uma participante do Grupo de Estudos Quaviss, estudante do curso de graduação em Serviço Social, e foi prontamente aprovada pelo coletivo. O evento materializou os esforços no enfrentamento da pandemia e ganhou o título de ‘Celebração, lutas e resistências na pandemia: a visibilidade do trabalho e da população em situação de rua’, realizado em 18 e 19 de agosto de 2021. Além disso, teve uma participação expressiva de estudantes, pesquisadores, trabalhadores, gestores, movimentos sociais, de diferentes estados brasileiros: Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro e São Paulo. Até o momento, o conteúdo do evento, disponível ao público na plataforma do YouTube da Unesp de Franca, já foi acessado por cerca de 740 pessoas, e tem sido utilizado como referência em outros espaços de grupos, aulas, no sentido de valorizar a historicidade das experiências construídas na pandemia.

A organização do evento estimulou a representatividade local e regional, bem como nacional. A composição da Mesa de Celebração<sup>6</sup>, no primeiro dia, contou com a participação e as experiências do professor Dr. Antonio Nery Filho, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), considerado referência no debate nacional do tema e reconhecido como o precursor do Consultório na Rua. Ainda, com a presença do coordenador do Movimento Estadual da População em Situação de Rua de São Paulo, da coordenadora do Centro Pop de Franca e da Usuária dos Serviços municipais e mulher em situação de rua.

A celebração teve a intenção de dar visibilidade às conquistas diante de tanto sofrimento e impactos da pandemia; abordou as lutas históricas da PSR e dos trabalhadores, contextualizando a construção de uma política pública que, de fato, atenda às demandas que se constituem no contexto da rua, conquistas, desafios e ataque aos direitos no cenário pandêmico. Refletiu a importância da vivência e resistência para a efetivação dos direitos das pessoas que vivem nas ruas, sendo que a resistência deve vir acompanhada de ação, precisa ser propositiva e deve atuar para a transformação da realidade que vivemos, sobretudo, no enfrentamento da pandemia. Outro aspecto relevante foi a participação de uma mulher representando a população de rua, pois, ao trazer a população usuária para compor os espaços de discussão da política pública, fortalece os esforços nessa direção e potencializa o movimento coletivo, o que contribui para dar materialidade na construção conjunta da rede de proteção intersetorial.

A socialização das Experiências Bem-Sucedidas<sup>7</sup>, no segundo dia do evento, contou com a participação de representantes locais, como Assessoria Jurídica e Popular da Unesp, Consultório na Rua, Abrigo Provisório, Casa de Passagem e Fórum Municipal da Pop Rua, sendo esses sujeitos trabalhadores, gestores e pesquisadores. Um momento relevante que evidenciou os desafios para o enfrentamento das demandas da pandemia, que uniu esforços, ações e estratégias

intersectoriais, com a participação de usuários. Essa socialização evidenciou as resistências, as respostas e as possibilidades da rede de proteção voltada para a promoção do acesso, cuidado, proteção, autonomia, respeito e dignidade.

Nesse sentido, ficou evidente que a atenção à saúde da PSR foi potencializada pelas rodas de conversas realizadas no espaço do Grupo Quaviss da Unesp, contribuindo para desvendar essa realidade, fortalecer a perspectiva interdisciplinar e fomentar as respostas intersectoriais no cenário pandêmico. As rodas foram espaços para potencializar a construção interdisciplinar dos saberes necessários ao enfrentamento da pandemia, na dura realidade das ruas. Outrossim, demonstrar o protagonismo dos atores envolvidos na execução das políticas públicas, podendo qualificar os serviços prestados, aproximar a população usuária dos espaços decisórios e fortalecer profissionais e população usuária.

## A construção da interdisciplinaridade na saúde

*Fácil não é não. A pessoa tem que querer muito. Vocês aqui têm me ajudado muito. O Caps tem me ajudado muito também. Agradeço muito a vocês, esse pessoal competente e maravilhoso. Aprendi! Estou aprendendo mesmo a me amar. Eu não me amava. É dolorido para mim. Eu via graça nos outros, mas em mim eu não via. Depois, com esse sofrimento que eu passei, eu aprendi a me amar. Aprendi a dar valor às pequenas coisas. Eu não dava valor a pequenas coisas e quem não dá valor a pequenas coisas não vai dar a grandes coisas. (Jairo, homem em situação de rua).*

A voz desse usuário expressa a intencionalidade de fortalecer a interdisciplinaridade na saúde, a qual deve ser construída com ações integradas e humanizadas que considerem a subjetividade da pessoa na saúde, acolhendo as suas necessidades para dentro dos serviços de saúde visando à totalidade e à integralidade

– sua história de vida, sentimentos, incertezas, conflitos, necessidades, medos, entre outros.

A dimensão coletiva do trabalho na saúde deve possibilitar o estabelecendo de uma relação horizontal, que permita ao usuário participar ativamente de todo o processo que envolve o seu atendimento na saúde. Ainda, vivenciar experiências democráticas, horizontais e solidárias, voltadas para a construção de novas relações sociais entre os sujeitos, trabalhadoras(es) e usuárias(os), para a atenção integral que busque a ruptura com a concepção fragmentada, centrada na doença, baseada na queixa-conduta e na medicalização.

A atenção interdisciplinar possibilita o conhecimento das reais necessidades da população, uma vez que o cotidiano dos serviços de saúde está marcado por profundas desigualdades e que as demandas estão cada vez mais complexas. A interdisciplinaridade se apresenta como caminho para o enfrentamento das contradições, limites e desafios, para nos fortalecer como coletivo e responder a essas necessidades; como possibilidade de encontro entre os sujeitos tendo como finalidade a melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas.

A prática interdisciplinar, reflete Martinelli<sup>6</sup>, é mais rica e abrange a totalidade das questões colocadas pela realidade social. Além disso, que os requisitos dessa prática estão no compromisso com o trabalho, na formação permanente e no conhecimento da legislação que envolve o trabalho. São requisitos fundamentais que ajudam os profissionais a delimitar os objetivos de trabalho perante os da instituição, bem como direcionar projetos e ações na perspectiva interdisciplinar para o atendimento das necessidades sociais. Para a autora, a interdisciplinaridade é postura profissional e princípio constituinte da diferença e da criação, em que cada profissional tem uma contribuição fundamental a prestar, no sentido de trazer qualidade de vida.

Isso significa que, no desenvolvimento de toda atividade profissional, é importante um posicionamento ético e político, que apresente os caminhos e a perspectiva do nosso trabalho, dos estudos, das investigações etc. Denota, também, que a construção desse processo nos leva a refletir

os princípios, os valores e os conceitos que defendemos, e aponta uma sociedade mais justa e igualitária, sem desigualdades e exploração.

É nesse contexto que o trabalho na defesa do SUS e da vida questiona a hegemonia neoliberal, que fragmenta e focaliza as políticas públicas, ameaça a universalidade do direito e propõe a gestão privada em contraposição à responsabilidade estatal. A atuação para o desenvolvimento de ação intersetorial, de gestão democrática e participativa, de responsabilização compartilhada e solidária, é um caminho que procura romper com as práticas alienantes e busca a ruptura com as formas capitalistas de trabalhar e pensar, centralizadoras e autoritárias, para estabelecer relações que estimulem a criatividade, a autonomia, o respeito, a liberdade e a expressividade.

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Embora a visão liberal reduza a saúde à ausência de doenças, é preciso reconhecê-la como expressão de vida, individual e coletivamente. Vivenciamos cotidianamente que o neoliberalismo é a opção predominante pela acumulação e reprodução do capital. Isso significa que a luta democrática pela defesa do direito à saúde está demarcada por universalidade, inclusão, participação, opondo-se a esse projeto direcionado para o mercado.

A pandemia mostrou que a luta pela qualidade do atendimento é pela não privatização da saúde, é uma luta de toda a sociedade brasileira, porque é nesse campo que se coloca a justiça social. Esse caminho permite aos sujeitos a possibilidade de imaginar uma saúde que vá além das propostas apresentadas na atualidade, que não reconhecem os usuários como sujeitos e protagonistas da própria história.

Na saúde, pensar a perspectiva interdisciplinar contribui para a produção coletiva do conhecimento, em que sejam considerados os aspectos sociais, emocionais, culturais, políticos, econômicos, ideológicos, que envolvem a vida em sociedades. Ainda, colabora para o reconhecimento das relações sociais, permeadas de contradições, conflitos, encontros e possibilidades.

A pandemia escancarou as contradições próprias do modo de produção capitalista. Nesse

sentido, é fundamental manter a capacidade de perplexidade diante das situações, que parecem com naturalidade aos nossos olhos. Essa atitude diante da realidade é o patamar primeiro do processo de reflexão; ensina Chauí<sup>7</sup>, a atitude de tomar a decisão de não aceitar as coisas como são, como óbvias e evidentes, em que a dúvida é constitutiva. Para a autora, é na incerteza e na inquietação que vamos buscar as melhores soluções para os problemas e os caminhos para a construção de uma nova sociedade.

A perspectiva interdisciplinar é uma aprendizagem, em que é preciso ter a coragem de aprender, desaprender, para aprender coletivamente. Uma aprendizagem permeada de encontros, diálogos, conflitos, diferenças, possibilidades, dificuldades, desconstrução e construção. Por isso, não basta entender apenas as palavras ou as ações dos sujeitos, temos que compreender sua história, seus motivos, emoções, desejos e aspirações; em que cada trabalhador(a) e cada usuário(a) do serviço de saúde têm a sua contribuição específica.

Esses aspectos demonstram a prioridade do diálogo interdisciplinar e da articulação intersetorial, na formulação de políticas, ações e respostas na garantia do direito à saúde. As políticas sociais aprovadas na Constituição Federal de 1988<sup>8</sup>, implementadas a partir da década de 1990, apresentam essa direção. A saúde incorporou a perspectiva interdisciplinar e a diretriz da intersetorialidade ao reconhecer a concepção ampliada de saúde<sup>9</sup>, para ações articuladas do SUS com outras áreas e setores da sociedade. Do mesmo modo, a assistência social<sup>10</sup> apresenta esses requisitos como fundamentais para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do Sistema Único de Assistência Social (Suas), prevendo a articulação com outras políticas públicas. Pereira<sup>11</sup> destaca que tanto as políticas de saúde quanto de assistência social determinam suas ações, programas, projetos, dentro de um processo de intersetorialidade, porém, esse continua sendo um desafio expressivo.

Segundo Monnerat e Souza<sup>12</sup>, enquanto estratégia de gestão, a intersetorialidade pode contribuir para a construção de interfaces entre

os diversos setores, instituições, movimentos sociais, visando ao enfrentamento de problemas sociais no âmbito das políticas públicas. Além dessa condição de estratégia de gestão, as autoras explicam que a intersetorialidade

[...] também é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas<sup>10(23)</sup>.

Na saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são um caminho para a ruptura com a fragmentação do atendimento e, portanto, o diálogo com as diferentes áreas do saber.

À medida em que cada profissional torna-se consciente de que não pode, por motivos técnicos ou pessoais, enfrentar certos obstáculos por si só, e para isto solicita a ajuda da equipe de trabalho, que por sua vez se dispõe a tomar a resolução do problema como uma tarefa de equipe, tem-se o exercício da interdisciplinaridade, mesmo que a solução do problema não esteja clara, a priori<sup>13(93)</sup>.

Desse modo, fica evidente que, por meio do trabalho interdisciplinar, é possível construir estratégias intersetoriais e coletivas de enfrentamento de determinada realidade, buscando uma compreensão de totalidade da realidade. A pandemia exigiu na saúde o pensar e o fazer a partir do seu conceito ampliado, reconhecendo as condições de vida e de trabalho como determinantes, portanto, um conceito que se fortalece a partir da interdisciplinaridade.

## Considerações finais

*Eu não posso negar que, todas as vezes que eu precisei, sempre as pessoas da rede social, sempre tentou me ajudar. Simplesmente muitas vezes, eu que não quis ser ajudado, simplesmente por orgulho.*

*Eu vou falar, sou muito grato pelo trabalho social, da rede social, por tudo que fizeram de bom para mim. Não tenho nada que reclamar, só tenho mais que agradecer. (Antônio, homem em situação de rua)*

Diante da realidade da pandemia, desafiadora e complexa, a experiência vivenciada e as reflexões apontam que o seu enfrentamento só é possível a partir de ações na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, considerando a totalidade e as particularidades que compõem a vida dos sujeitos, sobretudo, em situação de vulnerabilidade.

A articulação de diversos atores sociais, que compuseram um coletivo, foi fundamental para pensar as condições de vida e de saúde da PSR, que, historicamente, tem os seus direitos violados; porém, foi afetada profundamente pelos impactos da pandemia nas suas condições de vida e de saúde. A experiência construída nas rodas de conversa evidenciou que o trabalho com a PSR desafia sujeitos comprometidos ética e politicamente com a defesa dos seus direitos, sua diversidade, suas opções, entre outros elementos que envolvem a realidade das ruas. Esse trabalho desafia nas diversas áreas do conhecimento o exercício da diversidade, da criatividade, da empatia e da resistência, diante do contexto político nacional, marcado pelo avanço do conservadorismo que tende a produzir ações e discursos que culpabilizam o indivíduo pelas mazelas e violências que vivenciam.

Nesse sentido, a experiência aqui compartilhada permitiu reflexões pautadas pela análise crítica das relações sociais, contraditórias e marcadas pelos conflitos de classes, porém, com possibilidades que podem surgir dessas contradições e do próprio movimento dessa realidade. A pluralidade de olhares que a interdisciplinaridade possibilita se tornou a base para a construção de uma estratégia coletiva que revelou não só os desafios agravados pelo contexto da pandemia, mas também as potencialidades e o protagonismo da PSR na condução das suas próprias demandas.

O enfrentamento das dificuldades que envolvem a interdisciplinaridade na saúde e a intersectorialidade das políticas públicas é fundamental. A pandemia da Covid-19 evidenciou que esse caminho deve ser prioridade nas agendas, para a articulação dos recursos, das ações e das repostas aos problemas apresentados nos serviços municipais. São os municípios e seus trabalhadores que realizam, em sua maioria, o atendimento direto da população brasileira.

A articulação das políticas sociais, portanto, requer a capacidade local e regional de promover o desenvolvimento da interdisciplinaridade e da intersectorialidade, visando ao atendimento das necessidades e demandas coletivas. Do mesmo modo, fomentar o diálogo entre os atores envolvidos na execução das políticas sociais, oportunizando discussão sobre novas possibilidades de trabalho e sua operacionalidade.

Enfim, as experiências compartilhadas revelam que, durante os anos de 2020 e 2021, as condições de vida e de saúde dessa população foram marcadas pelos impactos da pandemia, agravando suas condições, pelos ataques aos direitos dessa população com medidas conservadoras, higienistas e violentas. Os desafios são expressivos e precisam ser enfrentados coletivamente, superando limites e dificuldades, articulando estratégias e possibilidades

para dar visibilidade às lutas e às conquistas dos trabalhadores e da PSR.

A roda de conversa apresenta um caminho de aproximação, integração, solidariedade, que reconhece a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como fundamentais neste cenário pandêmico tão complexo. A construção desse processo é uma atitude em defesa da vida e da saúde, uma aprendizagem permanente e postura de resistência aos ataques do neoliberalismo e do conservadorismo. Assim, o movimento construído em defesa da PSR em 2020 e 2021 persiste nas Rodas de Conversas sobre o SUS do Grupo Quaviss em 2022, as quais continuam remotas para possibilitar a participação de diferentes sujeitos e em diversos locais. Outrossim, demonstram que, ao participar das rodas, os sujeitos se envolvem, se comprometem e se fortalecem.

## Colaboradoras

Sarreta FO (0000-0001-8001-3060)\*, Liporoni AARC (0000-0002-0691-7528)\*, Santos ETA (0000-0002-0361-7087)\*, Bisco GCB (0000-0003-2820-7735)\* e Neves LC (0000-0001-8662-7389)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Matta GC, Rego S, Souto EP, et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz; 2021. [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>.
2. Rego S, Palácios M, Brito L, et al. Bioética e Covid-19: vulnerabilidades e saúde pública. In: Matta GC, Rego S, Souto EP, organizadores. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz; 2021. p. 61-71. [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Brasil. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Dez 2009.
4. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica da Fundação UNESP; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Feb 2004.
6. Sarreta FO. A visibilidade do trabalho e da população em situação de rua. Celebração Lutas e Resistências na Pandemia. 1º dia. Canal Unesp Franca – FCHS [Youtube]. 2021 ago 18. [acesso em 2021 agosto 30]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Wetwfo7BoxE>.
7. Liporoni AARC. Experiências bem sucedidas. Celebração, lutas e resistências na pandemia. 2º. Dia. Canal Unesp Franca – FCHS [Youtube]. 2021 ago 19. [acesso em 2021 agosto 30]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=h4eAs9caIOo>.
8. Martinelli ML, organizador. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez, 2003.
9. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 2000.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; [2021]. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
11. Pereira PAP. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. São Paulo: Papel Social; 2014. p. 23-39.
12. Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG. Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In: Monnerat GL, Teixeira NL, Souza RG. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. São Paulo: Papel Social; 2014. p. 41-54.
13. Crepaldi M. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. Paidéia. (Ribeirão Preto). 1999 [acesso em 2021 out 20]; 9(16):89-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/RTgzjBPWZWLhrjJB4VMNh5r/?format=pdf&lang=pt>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 2021 out 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
15. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Brasília, DF: MDS; 2004. [acesso em 2021 out 22]. Disponível em: [http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf).

---

Recebido em 29/10/2021  
Aprovado em 09/08/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras

## *Interdisciplinarity in the construction of Permanent Education in Health with management teams*

Edinalva de Moura Ferraz<sup>1</sup>, Fernanda de Freitas Mendonça<sup>1</sup>, Brígida Gimenez Carvalho<sup>1</sup>, Stela Maris Lopes Santini<sup>2</sup>, Elisabete de Fátima Polo de Almeida<sup>1</sup>, João Felipe Marques da Silva<sup>1</sup>, Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E619

**RESUMO** A gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) requer das equipes gestoras a compreensão e o desenvolvimento de um conjunto de habilidades e competências que os auxiliem no cotidiano e nos desafios da gestão pública. Este artigo apresenta um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolvido com equipes gestoras de duas regiões de saúde do Paraná, com intuito de ampliar o olhar dos participantes para a reorganização da gestão e da implementação do SUS no território, pautado na interdisciplinaridade. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com equipes gestoras, realizada no ano de 2019, apresentado em cinco seções: a primeira descreve o contexto em que a experiência foi desenvolvida, elucidando motivos, atores e a localidade em que ocorreu; a segunda apresenta a proposta de trabalho, a confecção das oficinas e os recursos metodológicos utilizados; a terceira relata o caminho percorrido na sua operacionalização; a quarta discute as características de interdisciplinaridade existentes no processo de EPS e a última apresenta algumas considerações. A proposta mostra-se como uma potente estratégia para promover o diálogo entre diferentes atores e instituições, principalmente no contexto de crise sanitária e fiscal do Estado, qualificar e tornar reflexivo o trabalho no campo da gestão em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação permanente. Interdisciplinaridade. Interprofissionalidade. Gestão do SUS.

**ABSTRACT** *Government in the Unified Health System (SUS) is admittedly complex, requiring management teams to understand and develop a set of skills and competencies that help into their routines and in the challenges of public administration. This article presents a continuing education process developed with leadership teams from two health regions in Paraná, with the aim of broadening the participants' view of the reorganization of the management and implementation of the SUS in the territory, based on interdisciplinarity and interprofessional. This is an experience report developed with teams, carried out in 2019, presented in five sections: the first describes the context in which the experience was developed, elucidating reasons, actors, and where it took place; the second section presents the work proposal, the preparation of the workshops, and the methodological resources used; the third reports the pathway travelled in its operation; the fourth discusses the characteristics of interdisciplinarity that exists in the continuing education process; and the last section presents some considerations. The proposal presents a powerful strategy to promote dialogue between different actors and institutions, and especially in the context of the State's sanitary and fiscal crisis, to qualify and make reflective the work in the field of health management.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
edinalvaenf@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Secretaria Estadual de Saúde – Londrina (PR), Brasil.

**KEYWORDS** *Continuing education. Interdisciplinarity. Interprofessional. Public health management.*



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um sistema em construção, permeado por diferentes desafios, interesses hegemônicos e de mercado. Apesar disso, apresenta em sua trajetória inúmeros avanços que devem ser reconhecidos, tais como: a ampliação do acesso a serviços e ações de saúde e contribuições significativas na melhoria do estado de saúde dos brasileiros<sup>1</sup>.

A gestão desse sistema, cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade, é uma tarefa árdua e muito complexa para os entes federal e estadual, mas, em especial, para o ente municipal, considerando as diversas responsabilidades assumidas a partir do processo de descentralização<sup>2</sup>.

Diante disso, os participantes do cotidiano da gestão do SUS devem aperfeiçoar-se constantemente e sempre buscar novas alternativas de atuação, além de compreender suas atribuições, considerando que a gestão adequada é uma potente estratégia para a efetivação das políticas de saúde. A complexidade da gestão do SUS envolve o desenvolvimento da articulação e da integração entre os diferentes serviços de saúde, usuários e trabalhadores<sup>3</sup> com vistas a ofertar um cuidado que responda às necessidades da população. Associado a isso, o gestor deve, além de dominar conhecimentos técnicos relativos à gestão, também desenvolver habilidades políticas, visto que a consolidação do SUS ocorre em espaços de disputas de poder, em que estão presentes as contradições e os desafios no cotidiano<sup>4</sup>.

Destaca-se que a compreensão dessas duas dimensões (técnica e política) e de sua indissociabilidade auxilia quanto ao entendimento dos desafios vivenciados pelos gestores e suas equipes de apoio no exercício de suas funções<sup>5</sup>.

Desse modo, estratégias de formação para equipes gestoras são fundamentais para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Quando tais estratégias ocorrem por meio da integração entre segmentos do ensino e do serviço, tendo como embasamento o

desenvolvimento do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), potencializam-se as transformações da realidade e o compartilhamento de saberes em espaços coletivos.

A EPS considera a relevância social do processo ensino-aprendizagem, é pautada no mundo do trabalho, de forma que o trabalhador atue como protagonista sendo, dessa forma, um método para a ressignificação do conhecimento e do exercício profissional. Essa metodologia agrega saberes técnicos e científicos, dimensões éticas da vida, do trabalho, do ser humano, da saúde, da educação e das relações, favorecendo, dessa maneira, a aprendizagem significativa e transformadora das práticas profissionais no cotidiano do trabalho<sup>6,7</sup>.

Experiências de EPS são comuns entre as equipes de trabalho no âmbito assistencial<sup>8-10</sup>. Contudo, no campo da gestão, tais estratégias ainda são tímidas. Desse modo, esta experiência apostou em desenvolver estratégias de EPS com as equipes gestoras do SUS, partindo de uma perspectiva interdisciplinar, pois as funções gestoras requerem e necessitam de uma articulação de diferentes campos disciplinares (geografia, ciência política, administração pública, contabilidade, sociologia, antropologia, epidemiologia, biologia, direito sanitário, entre outras).

A interdisciplinaridade é aqui entendida como uma convergência entre as disciplinas envolvidas, desencadeando um real entrosamento entre elas, e o estabelecimento de um canal de trocas entre os campos relativos a uma ou mais funções a serem desempenhadas conjuntamente<sup>11,12</sup>.

Dessa forma, este relato de experiência tem como objetivo apresentar o processo de EPS com equipes gestoras na perspectiva da interdisciplinaridade como estratégia para ampliar seu olhar para a reorganização da gestão e da implementação do SUS.

A descrição da experiência está organizada em cinco seções: a primeira descreve o contexto em que ela foi desenvolvida, elucidando os motivos, os atores e a localidade em que essa ocorreu; a segunda

apresenta o desenvolvimento da proposta de trabalho; a terceira, por sua vez, relata como se deu o caminho percorrido para sua operacionalização; a quarta discute os resultados mediante as características da interdisciplinaridade existentes no processo de EPS; e, por fim, a quinta seção apresenta algumas considerações sobre a experiência desenvolvida.

## Contexto de desenvolvimento

O presente processo de EPS surgiu em virtude da necessidade de fortalecer as equipes no que se refere à capacidade de gestão em saúde. Para tanto, inicialmente, os trabalhadores das Regionais de Saúde (RS) envolvidas nesse processo realizaram um levantamento com os gestores e integrantes das equipes gestoras municipais, acerca das principais fragilidades e necessidades na gestão do SUS. Nessa etapa, foram identificados gestores com pouca experiência, capacidade gestora local incipiente, indefinição de equipes para atuar na gestão em alguns municípios e sobrecarga de atribuições e atividades.

A partir das demandas identificadas e com o propósito de qualificar as equipes para exercerem as diversas funções gestoras que permeiam um sistema de saúde complexo e robusto como o SUS, foi constituído um grupo condutor. Esse grupo foi liderado por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e representantes da 16<sup>a</sup> e 17<sup>a</sup> RS, os quais deram início à formulação de um processo de EPS, que envolveu desde a concepção pedagógica, carga horária e metodologia, até a elaboração de cadernos de apoio.

Tais regiões localizam-se na macrorregião norte do Paraná e, juntas, possuem 38 municípios, dos quais mais de 80% são de pequeno porte. Por Município de Pequeno Porte (MPP), compreendem-se aqueles que possuem menos de 20 mil habitantes<sup>13</sup>.

Esses territórios são considerados altamente desenvolvidos socioeconomicamente, com média/alta oferta de serviços de saúde<sup>14</sup>. No entanto, as características sociais e econômicas, bem como de serviços de saúde, não são homogêneas entre os municípios que compõem as duas regiões.

O grupo condutor foi formado por representantes da instituição de ensino e profissionais com experiência prática na gestão dos serviços de saúde das regiões mencionadas, destacando-se as seguintes formações: enfermeiros, farmacêuticos, administradores e gestores públicos, o que gerou ao processo uma perspectiva interprofissional e interdisciplinar.

Além de envolver diferentes profissões/formações, a constituição do grupo condutor permitiu a integração ensino-serviço, tão importante no processo de implementação do SUS, oportunizada pela característica do grupo de pesquisa em construir parcerias com outros atores, sendo que, nesse processo, a articulação se deu nas RS.

Ressalta-se que essa experiência integra um projeto maior, que tem como objetivo investigar as estratégias de cooperação para a regionalização em regiões de saúde no Paraná, o qual foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual os pesquisadores estão vinculados e aprovado pelo parecer nº 3.120.681.

## Desenvolvimento da experiência

A execução do processo de EPS ocorreu no período de abril a dezembro de 2019, por meio de seis oficinas de trabalho, em resposta às necessidades apresentadas pelos gestores e integrantes das equipes gestoras municipais. Destaca-se que, para garantia da certificação aos participantes, esse processo foi cadastrado como um curso de extensão, tendo como objetivo discutir e embasar o desenvolvimento das macrofunções gestoras.

A primeira oficina teve como título ‘Ser gestor e Regionalização’; a segunda foi

intitulada ‘Processo de Planejamento no SUS’; a terceira, como ‘Instrumentos de Gestão do SUS’; a quarta oficina promoveu a discussão sobre o financiamento em saúde, tendo como título ‘Gestão Orçamentária e Financeira’; o título da quinta oficina foi ‘Controle Social’; por fim, a sexta oficina foi denominada ‘Gestão do Trabalho e Educação em Saúde’.

A carga horária total desse processo de EPS foi de 50 horas; destas, 32 horas foram presenciais e 18 horas foram reservadas para momentos de dispersão. Para execução dessa atividade, os participantes foram divididos em pequenos grupos, e lhes eram atribuídas

tarefas para que fossem realizadas em seus ambientes de trabalho. As tarefas tinham por objetivo possibilitar a aproximação da teoria discutida durante as oficinas às atividades práticas realizadas pelos participantes em seu cotidiano, trazendo subsídio para o esclarecimento de suas dúvidas e qualificação de seu processo de trabalho. As tarefas de dispersão eram desenvolvidas entre os intervalos das oficinas. As sínteses dos resultados alcançados eram apresentadas no início de cada novo encontro. O *quadro 1* sintetiza os encontros, a duração, os objetivos, as metodologias e as atividades de dispersão.

Quadro 1. Sistematização das oficinas do processo de EPS

Tema da Oficina	Duração	Objetivos Educacionais	Metodologia Utilizada	Atividade de Dispersão
Ser gestor e Regionalização	4 horas	Discutir as competências, dimensões e macrofunções do gestor em saúde; Refletir sobre os fatores limitantes, potencialidades e caminhos para a regionalização dos serviços de saúde.	Leitura e discussão em pequenos grupos de textos-base; Apresentação e discussão sobre um caso disparador para debate.	Síntese reflexiva sobre como o texto contribui para o enfrentamento de seus problemas de gestão, dificuldades percebidas para a operacionalização da regionalização, e sugestões para enfrentamento das fragilidades/necessidades.
Processo de Planejamento no SUS	4 horas	Discutir as dificuldades relacionadas ao processo de planejamento no SUS; Identificar os fundamentos para o planejamento no sistema; Realizar uma análise de cenário como etapa inicial do processo de planejamento.	Discussão sobre o planejamento como uma das quatro macrofunções gestoras; Leitura sobre uma cena com ações de planejamento; Utilização de questões norteadoras para discussão; Leituras de textos; Discussão da cena com base nos elementos teóricos do texto; Exercício de análise de contexto com identificação de um problema relevante e aplicação da matriz Força, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Fofa) - utilizada com o objetivo de auxiliar a gestão na realização de análises estratégicas, levantamento de potencialidades e fragilidades, considerando o contexto interno e externo para proposição de um plano de ação para a solução dos problemas vivenciados.	Análise da coerência do Plano Municipal de Saúde (PMS) no sentido de atender à resolução dos problemas identificados.

Quadro 1. (cont.)

Tema da Oficina	Duração	Objetivos Educacionais	Metodologia Utilizada	Atividade de Dispersão
Instrumento de Gestão	4 horas	Compartilhar a problematização sobre o PMS (sistematização da tarefa do encontro anterior); Compreender o ciclo e os instrumentos de gestão municipal de saúde; Identificar a relação entre as proposições das conferências de saúde e ciclo de gestão municipal e deste como o planejamento regional; Compreender a lógica de construção dos instrumentos de gestão de acordo com as prioridades sanitárias – Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores (Domi); Compartilhar a problematização a problematização sobre o PMS (sistematização da tarefa do encontro anterior); Compreender o ciclo e os instrumentos de gestão municipal de saúde; Identificar a relação entre as proposições das conferências de saúde e ciclo de gestão municipal e deste como o planejamento regional; Compreender a lógica de construção dos instrumentos de gestão de acordo com as prioridades sanitárias – Domi.	Apresentação de um infográfico de um estudo do grupo de pesquisa GestSUS sobre instrumentos de gestão; Leitura e discussão de Texto; Baseado em um problema priorizado no município, realizar a construção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores para enfrentamento do problema.	Seleção de uma diretriz do PMS e elaboração da programação anual de 2020, incluindo ações e definir as funções programáticas do orçamento que serão utilizadas para execução das ações.
Gestão Financeira e Orçamentária	8 horas	Compreender a relação entre o planejamento e orçamento; Conhecer os fundamentos do orçamento público e do financiamento do SUS; Elaborar estratégias de implementação da gestão orçamentária e financeira no município.	Problematização da relação entre a Programação Anual de Saúde e os instrumentos orçamentários da gestão pública; Mesa-redonda com os convidados para discussão sobre orçamento público e sua relação com os instrumentos de gestão, a partir das perguntas formuladas pelos educandos; Apresentação sobre gestão orçamentária e financeira no SUS, base legal, estrutura de financiamento, relação entre o planejamento e orçamento; Apresentação por gestores municipais de experiências sobre gestão orçamentária e financeira nas secretarias de saúde.	Realização de um breve levantamento dos problemas e situações relacionadas à gestão orçamentária e financeira do município ou instituição utilizando o Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe) – com o objetivo de auxiliar a equipe a evidenciar e compreender as causas e efeitos determinantes dos problemas vivenciados e traçar um plano de ação (5w3h) para qualificação da gestão orçamentária e financeira do município ou unidade de atuação.
Controle Social	4 horas	Discutir o papel do controle social e construir estratégias que contribuam para seu fortalecimento; Compreender o controle social como espaço de governança e de promoção à saúde.	Leitura de situação problema; Leitura de texto de apoio; Discussão por meio de questões norteadoras.	Construção de uma proposta de formação para conselheiros de saúde, por meio de EPS.
Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	8 horas	Compreender o conceito de Gestão do Trabalho; EPS como estratégia de Gestão do Trabalho; Apresentar ferramentas para execução da gestão no trabalho e educação na saúde; Discutir estratégias para gerenciamento do conflito no contexto organizacional.	Dinâmica de problematização; Leituras de textos de apoio; Apresentação de ferramentas para gestão do trabalho; Leitura e discussão de uma situação problema.	Avaliação das oficinas.

Fonte: elaboração própria.

Para elaboração e realização das oficinas, dos cadernos de apoio utilizados durante os encontros e em resposta às complexidades dos temas a serem trabalhados, os integrantes do grupo condutor buscaram a apropriação de conhecimentos de diferentes campos de saberes.

Os cadernos foram confeccionados na perspectiva metodológica da EPS, a partir das necessidades relatadas pelos participantes do processo. O seu conteúdo foi composto por estudos de casos com situações-problema e questões norteadoras para debates e reflexões em grupo. Também possuíam textos científicos que auxiliavam na compreensão dos temas discutidos durante as oficinas.

Ainda, conforme mencionado no *quadro 1*, durante as oficinas, foram utilizadas metodologias ativas, com a construção de um processo ensino-aprendizagem, embasado na problematização da realidade e o protagonismo dos participantes, buscando a construção/ressignificação do conhecimento a partir de múltiplos olhares e saberes.

## Operacionalização do processo

Participaram dessa experiência 115 pessoas, sendo 65 da 16ª RS e 50 da 17ª RS. Os participantes foram secretários municipais de saúde, membros das equipes gestoras dos municípios, servidores das RS, trabalhadores dos consórcios públicos de saúde e apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (Cosems-PR) de ambas as regiões. Os sujeitos foram informados sobre o objetivo do processo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo as normas da Resolução nº 466/2012<sup>15</sup>.

As oficinas foram mediadas pelo grupo condutor constituído por docentes, estudantes de pós-graduação e servidores das RS. Na oficina de financiamento, o grupo condutor contou com o apoio complementar de assessorias técnicas com *expertise* no tema. Nessa ocasião, outros atores municipais atuantes nas áreas de

planejamento e gestão orçamentária também participaram da oficina, com as equipes de gestão em saúde.

Durante os encontros, foi possível estruturar e assegurar espaços dialógicos, em que todos os envolvidos tiveram a oportunidade de realizar intercâmbio de dúvidas, experiências e saberes, constituindo relações solidárias e horizontais.

Ao final do ciclo de oficinas, os participantes realizaram sua avaliação enquanto estratégia de EPS e apontaram a necessidade de continuidade e multiplicação dos conteúdos em seus municípios. Como parte da avaliação, os participantes foram motivados a refletir, por meio de uma dinâmica, sobre o que o curso proporcionou, e, a partir deste, o que poderiam oferecer a seus companheiros de trabalho e à população de seu município, além de outras ideias que foram motivadas levando em conta a convivência com o grupo.

A realização da avaliação contribuiu não apenas para o grupo condutor aprimorar o processo de construção do trabalho de EPS como também favoreceu a sistematização da experiência vivenciada.

## A interdisciplinaridade no processo de construção da EPS

O processo de EPS sob o prisma da interdisciplinaridade possibilita a construção de respostas às demandas no campo da gestão e da saúde pública. Isso porque a interdisciplinaridade apresenta-se como uma alternativa à mitigação da complexidade que significa gerenciar um sistema de saúde.

Ressalta-se que o termo interdisciplinaridade se refere à integração de saberes, já interprofissionalidade, à integração de práticas<sup>11</sup>, mediante a articulação intencional e colaborativa entre distintas profissões<sup>16</sup>. Salienta-se que, embora os conceitos sejam diferentes, eles se complementam no processo de EPS.

Uma das características da interdisciplinaridade é exatamente permitir que os sujeitos tenham a capacidade de ampliar suas visões de mundo, visto que se instala um cenário propício para constantes trocas, interações entre disciplinas e entre diferentes campos de atuação, no interior de um mesmo propósito<sup>17,18</sup>.

Outros autores destacam que projetos interdisciplinares permitem uma maior aproximação entre educadores (facilitadores) e educandos (equipe gestora), consolidando uma relação de reciprocidade e compartilhamento de objetivos por meios dialógicos<sup>12</sup>.

Esse aspecto também foi observado na experiência desenvolvida ao aproximar

diferentes conhecimentos entre múltiplas categorias profissionais que integram as equipes gestoras, resultando na construção de novos e amplos saberes acerca dos problemas enfrentados por esses profissionais do cotidiano da gestão do SUS. Nesse caso, ficou claro o quanto a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade se complementaram e permitiram aos participantes ampliar ainda mais sua capacidade de análise.

O quadro 2 apresenta uma sistematização das características presentes durante a experiência de EPS que coadunam com a interdisciplinaridade.

Quadro 2. A interdisciplinaridade no processo de EPS

---

**Características de interdisciplinaridade no processo de formação de equipes gestoras**

---

- Sensibilidade às demandas locais
  - Grupo condutor formado por profissionais de diferentes áreas de atuação
  - Metodologias ativas
  - Material de apoio elaborado a partir de diferentes campos disciplinares
  - Realização de processos de dispersão e avaliação
- 

Fonte: elaboração própria.

Uma das primeiras características que merecem destaque foi o respeito às demandas locais, que se configurou como ponto de partida para o processo. De acordo com Fazenda<sup>19</sup>, a sensibilidade às necessidades do contexto é fundamental para a consolidação de ações de caráter interdisciplinar. Freire<sup>20</sup> também apontava para a necessidade de aprender acerca da realidade, na medida em que tal apreensão possibilita o conhecimento das diferentes dimensões que caracterizam o contexto, o que pode tornar até mais segura a prática sobre essa realidade.

Para além disso, ao considerar a necessidade local, também se evidencia o respeito que se possui em relação aos sujeitos. Aproveitar a experiência dos gestores e equipes para discutir

problemas presentes no seu cotidiano é uma forma de valorização desses trabalhadores.

Outro aspecto importante e que também coaduna, sobretudo, com a interprofissionalidade foi a constituição do grupo condutor. O grupo, como mencionado anteriormente, era constituído por profissionais de diferentes formações e locais de atuação. Essa configuração propiciou a interação entre diferentes conhecimentos, contribuindo para a produção de novos saberes muito mais potentes para a resolução de um determinado problema<sup>17,18</sup>.

Desse modo, a experiência de aproximar os profissionais de ensino aos dos serviços de saúde configurou a integração ensino-serviço e potencializou o processo de EPS, por meio de um trabalho coletivo, integrado, cooperativo e

pactuado. Além disso, a experiência permitiu a qualificação da atenção à saúde individual e coletiva, possibilitando o aprimoramento dos saberes dos profissionais da academia e o desenvolvimento de competências aos trabalhadores dos serviços de saúde<sup>21,22</sup>, nos termos de que trata a literatura.

A opção metodológica focalizada em métodos ativos teve um papel primordial na produção de reflexões, ressignificações e empoderamento para atuação no campo da gestão, tanto para os participantes quanto para os integrantes do grupo condutor. A interdisciplinaridade, quando invocada para a criação de modelos pedagógicos, tende a estimular processos educativos, cujos participantes possuem um papel de protagonistas no processo de aprendizagem.

As oficinas foram, predominantemente, norteadas por problemas que faziam parte da realidade das equipes gestoras. Desse modo, tiveram um papel ativo na construção do processo de EPS ao considerar a criatividade e a liberdade de pensamento dos participantes. Essa ação é fortalecida na obra de Freire<sup>23</sup> ao afirmar que a educação 'bancária', a qual julga os educandos desprovidos de saber, em nada contribui para uma educação emancipadora e crítica, que visa à mudança social.

Aponta-se também que a EPS tem como um dos seus princípios o uso de métodos ativos que objetivam a reflexão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. Essa reflexão deve ser desenvolvida com a maior diversidade profissional possível, no sentido de construir estratégias que abarquem diferentes saberes e que estejam mais próximas das necessidades do locus de atuação<sup>24,25</sup>.

O preparo do material pedagógico envolveu diferentes áreas de conhecimento e de atuação. Convém destacar que a gestão na área de saúde compreende o comando do sistema, das atividades e das responsabilidades exercidas pelos gestores e suas equipes, que permeiam diversas funções identificadas por Machado, Lima e Baptista<sup>26</sup> como macrofunções gestoras do SUS, ou seja: formulação de políticas/

planejamento; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação (dos sistemas/redes e dos prestadores públicos e privados) e a prestação direta de serviços de saúde.

De modo abrangente, as fragilidades na gestão do SUS ocorrem, muitas vezes, devido à falta de clareza acerca dessas funções e das distintas competências das esferas de governo. Somam-se, ainda, as práticas clientelistas e corporativas nas indicações dos cargos diretivos em todos os níveis; insuficiente coordenação e entraves na comunicação interfederativa; baixa incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas; bem como o inadequado processo de atuação do controle social, causando tensões e disputas, nem sempre condizentes às competências e à legitimidade entre as instâncias executivas do SUS e o aparato do controle social<sup>27</sup>.

A essas fragilidades, pode-se acrescentar ainda a alta rotatividade, bem como a limitação de alguns gestores no que se refere a capacidade técnica e eficiência da gestão municipal<sup>28,29</sup>.

Diante desses apontamentos, a atuação da equipe gestora no SUS deve ser materializada por meio do reconhecimento e da compreensão de suas funções, visto que, dessa forma, poderá exercê-las de maneira produtora e coerente aos princípios do SUS e da gestão pública<sup>26,30</sup>.

Nesse sentido, o material de apoio utilizado buscou contemplar essas diferentes funções gestoras e estabelecer articulação entre elas. Ressalta-se também que a execução das atividades de dispersão incentivou o compartilhamento de tarefas entre os participantes e permitiu a assimilação dos conteúdos teóricos e sua implementação ao cotidiano da prática de trabalho.

Importantes resultados foram percebidos a partir da experiência, como a interação entre os participantes; o aflorar do sentimento de pertencimento à equipe gestora dos profissionais atuantes nos municípios; e a importância da ação coletiva e cooperativa entre profissionais de diferentes áreas vinculados ao ensino e aos serviços de saúde.

Peduzzi et al.<sup>18</sup> acrescentam que a prática interprofissional contribui ainda para a problematização e a ampliação da resolubilidade dos serviços e da qualidade da atenção à saúde, evitando omissões ou duplicações de atividades, qualificando a comunicação entre os profissionais, reconhecendo a participação específica de cada área de atuação e de seus limites e sobreposições, tornando versátil o papel dos profissionais.

Dessa forma, a experiência de EPS mostrou-se como uma estratégia inovadora na reorganização da gestão e na implementação do SUS nas regiões estudadas e apresenta-se ainda como uma potente estratégia cooperativa na superação dos desafios presentes no campo da saúde pública. Além disso, permite afirmar a importância do papel da ciência diante das lacunas de conhecimento em temas inerentes à gestão.

## Considerações

A integração ensino-serviço exercida sob a perspectiva da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, utilizando metodologias de EPS, configurou-se como aspecto positivo para superar os desafios vivenciados na gestão do SUS, sendo capaz de promover transformações de realidades e colaborar para a consolidação da gestão desse sistema.

A relação dialógica entre os participantes do processo de EPS possibilitou o compartilhamento de dúvidas acerca da gestão, as quais foram tratadas sempre de forma colaborativa, contribuindo para atualizar conhecimentos mútuos.

A utilização de metodologias ativas durante as oficinas conferiu dinamismo ao processo ensino-aprendizagem. É importante ressaltar que parcerias firmadas entre universidades, secretarias municipais e estaduais de saúde, no atual contexto de crise sanitária e austeridade fiscal, possibilitam qualificar e tornar reflexivo o trabalho em saúde e confirma-se como uma prática relevante e motriz tanto aos profissionais das equipes gestoras quanto para os da academia.

Todavia, persiste o desafio de ampliar a realização de processos de EPS no campo da gestão do SUS, no sentido de qualificar e potencializar as práticas de gestão municipal e instrumentalizar as equipes para o aperfeiçoamento de sua atuação. Tais processos devem ser fortalecidos, sobretudo, no contexto atual, marcado por constantes ataques ao SUS, seja pela redução gradativa dos repasses dos recursos federais, os quais se intensificaram após a EC95, seja pelas alterações tanto na política de organização e financiamento da atenção primária quanto pelo aumento da terceirização da força de trabalho no SUS.

## Colaboradores

Ferraz EM (0000-0002-7721-7529)\*, Mendonça FF (0000-0002-6490-1815)\*, Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)\*, Santini SML (0000-0002-4752-4528)\*, Almeida EFP (0000-0002-5873-7561)\*, Silva JFM (0000-0001-7198-8528)\* e Andrade SKAV (0000-0003-4971-5587)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1729-36.
2. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1109-20.
3. Araújo NP, Miranda TOS, Carvalho Garcia CP. O estado da arte sobre a formação do enfermeiro para a gestão em saúde. *Rev Enferm Contemp.* 2014 [acesso em 2021 ago 15]; 3(2). Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/365>.
4. Melo MLC, Nascimento MAA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(6):674-7.
5. Domingos CD, Mendonça FF, Carvalho BG. Os desafios de ser gestor. In: Carvalho BG, Cordoni Junior L, Nunes EFPA, organizadores. *Gestão da saúde em pequenos municípios: o caso do norte do Paraná.* Londrina: Eduel; 2018. p. 125-41.
6. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 162-168. [acesso em 2018 jun 1]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília. 22 Ago 2007.
8. Lavich CRP, Terra MG, Mello AL, et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017 [acesso em 2021 jan 25]; 38(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100403&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100403&lng=pt&tlng=pt).
9. Ferla AA. More Doctors Program and work development: a continuing education effect. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2019; 23(supl1):e180679.
10. Medeiros GT, Nascimento FAF, Pavòn RG, et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):475-84.
11. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios de interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *CBSM.* 2011 [acesso em 2021 jun 25]; 1(1):178-89. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68439>.
12. Velloso MP, Guimarães MBL, Cruz CRR, et al. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde.* 2016; 14(1):257-71.
13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004.* Brasília, DF: MDS; 2005.
14. Região e Redes. *Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias,* 2016. [acesso em 2019 jun 30]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. *Pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.* *Diário Oficial da União.* 14 Jun 2012.
16. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(supl1):709-20.
17. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003; 11(4):525-31.
18. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuá-

- rios. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(4):977-83.
19. Fazenda ICA. A integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia? 6. ed. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas; 2011.
20. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
21. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2949-60.
22. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. Interface - Comun Saude Educ. 2011; 15(39):1053-70.
23. Freire P. Pedagogia do oprimido. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
24. Jacobovski R, Ferro LF. Educação permanente em saúde e metodologias ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. Rev Soc Dev. 2021; 10(3):e39910313391.
25. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab Educ E Saúde. 2008; 6(3):443-56.
26. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instancias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV. Qualificação dos gestores no SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD; ENSP; 2011. p. 47-72.
27. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(supl):1819-29.
28. Leite FLB. Fusão de municípios: impactos econômicos e políticos da diminuição do número de municípios em Minas Gerais. [dissertação]. Minho: Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho; 2014. 129 p.
29. Krüger TR, Reis C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. Serviço Soc Soc. 2019; (135):271-89.
30. Souza L. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas; 2002. 102 p.

---

Recebido em 25/10/2021

Aprovado em 08/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade

*Culture Circle as a strategy to promote health: encounters between popular education and interdisciplinarity*

Daniely Casagrande Borges<sup>1</sup>, Anna Caroline Solka<sup>1</sup>, Vanessa Klimkowski Argoud<sup>1</sup>, Greyce de Freitas Ayres<sup>1</sup>, Andreia Ferlini da Cunha<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E620

**RESUMO** A promoção da saúde é uma estratégia de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS) que deve entender a saúde como dinâmica sócio-histórica atravessada por determinantes sociais. Além disso, a APS tem o intuito de promover a qualidade de vida, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes. Nos territórios em saúde, existem grupos que necessitam de busca ativa e atenção integral dos serviços de saúde devido à sua condição de vulnerabilidade. Este relato de experiência apresenta o uso do Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire, como ferramenta para a aproximação entre profissionais de saúde e um agrupamento de famílias em situação de vulnerabilidade no contexto do território de uma unidade de saúde periférica situada em uma capital na região Sul. A estratégia promoveu o fortalecimento do vínculo entre trabalhadores e usuários, ampliando o empoderamento, o acesso à saúde e à dignidade, concomitantemente ao envolvimento dos profissionais da equipe com a Educação Popular em Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Educação em saúde. Interdisciplinaridade.

**ABSTRACT** *Health promotion is a care strategy in Primary Health Care (PHC) that must see health as a social-historic dynamic permeated by social determinants. Moreover, PHC aims to promote the quality of life, reducing vulnerabilities and health risks related to determinants and conditions of health. There are groups in health territories that require actively search and integrative care of health services, due to their condition of vulnerability. This experience report presents the use of Culture Circle, as proposed by Paulo Freire, as a tool for health professionals to approach a family agroupment in a vulnerability situation in the territory of a Health Care Unit located in the peripheral region of a city in the south of Brazil. This strategy strengthens the bond between health workers and patients, amplifying empowerment and access to health and dignity, concurrently to the involvement of team workers with Popular Education in Health.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health promotion. Health education. Empowerment for health.*

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil. [danielyborges42@gmail.com](mailto:danielyborges42@gmail.com)



## Introdução

A promoção da saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é um dos princípios que envolvem as estratégias de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>. Ações de promoção da saúde visam promover a qualidade de vida, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes<sup>2</sup>. A saúde deve ser entendida como uma dinâmica relativa a um contexto sócio-histórico e deve promover a autonomia e o empoderamento individual e coletivo para transformar e melhorar as condições de vida e saúde, superando a visão exclusivamente biológica<sup>3</sup>. Estratégias de promoção da saúde e de empoderamento de grupos vulnerabilizados que respeitem as subjetividades, desejos, histórias e contexto de vida dos usuários devem ser empregadas no cotidiano de trabalho, bem como as ações de educação em saúde<sup>3,4</sup>.

De acordo com o princípio da equidade, o direito à saúde perpassa as diferenças sociais e deve atender à diversidade, direcionando maior atenção às populações vulnerabilizadas<sup>5</sup>. A concepção de grupos vulnerabilizados não está estritamente condicionada à ausência ou à precariedade no acesso à renda, mas atrelada a uma multideterminação que atravessa as fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos; contextos que exercem influências sobre a maneira como os indivíduos se enxergam e se posicionam na sociedade<sup>6</sup>. A promoção da saúde deve ser pensada por meio da sua relação com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que se caracterizam como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>7</sup>. Os DSS são mecanismos que podem suscitar iniquidades e contribuir para a vulnerabilização de populações, impactando negativamente na situação de saúde dos indivíduos e dos coletivos. Dentre esses mecanismos,

destacam-se a escassez de recursos, a ausência de infraestrutura comunitária, a violência nos territórios, as diferenças de rendas e outras desigualdades sociais<sup>8,9</sup>. Desse modo, deve-se considerar que os aspectos sociais, culturais e materiais condicionam as formas de viver dos indivíduos em comunidade, sendo necessário superar propostas conservadoras relacionadas meramente com o estilo de vida e com o comportamento individual<sup>3</sup>.

Na prevenção, o agravo não é o único foco da atenção, mas também o indivíduo, que é corresponsável pelo seu estado de saúde<sup>3</sup>. Desse modo, a prevenção de agravos em saúde somente se aproximará da promoção da saúde a partir da combinação de estratégias para que as ações também atuem sobre as causas dos problemas, e não apenas sobre riscos ou sinais e sintomas clínicos, assim como possam também contemplar o empoderamento individual e coletivo<sup>10</sup>.

A educação em saúde, muitas vezes, parte do pressuposto de que existem ações prescritivas para as pessoas mudarem seus hábitos, mediante práticas baseadas em um único conhecimento, o do profissional da saúde. No entanto, para a Educação Popular em Saúde (EPS), o ponto de partida são os saberes prévios dos educandos, construídos pelas pessoas à medida que essas vão seguindo sua história, cabendo aos educadores populares a facilitação da ampliação da análise crítica de suas realidades, para que consigam superar situações adversas<sup>11</sup>.

A EPS tem como princípios político-pedagógicos a defesa da vida como estratégia para mobilização popular, no sentido de mudar o cotidiano. Ela problematiza a realidade mostrando-se um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas, permitindo a produção de sentidos para a vida, estimulando a vontade de agir em direção a mudanças de cenários que se julguem necessárias. A EPS permite a aproximação entre agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência e o cuidado, a unidade de saúde e as famílias do território. Por intermédio da

reflexão crítica, do diálogo e da construção compartilhada do conhecimento, temos ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Nesse sentido, é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores envolvidos, cada qual portando uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação<sup>12,13</sup>.

No desenvolvimento de ações baseadas na EPS, são utilizadas metodologias participativas que permitem a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, valorizando os conhecimentos e as experiências dos atores, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas. Com efeito, trata-se de uma forma de trabalho pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação ativa em situações reais ou imaginárias, a qual provoca a reflexão, fazendo os participantes construir sentidos às situações concretas da vida. Sendo assim, a metodologia de Paulo Freire, proposta pelo Círculo de Cultura, apresenta-se como um potente meio para promover a saúde por meio do empoderamento popular sobre o direito do acesso à saúde<sup>13</sup>.

Este relato parte da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com enfoque em atenção básica em saúde coletiva, com atuação em uma Unidade de Saúde (US) distante da região central de uma capital da região Sul, vinculada a uma equipe de Saúde da Família (eSF). Durante o período de inserção no serviço, houve percepção do distanciamento da equipe em relação à compreensão do impacto que os DSS possuem na situação de saúde da população do território, principalmente dos grupos vulnerabilizados. O desenvolvimento de uma postura ativa por parte dos profissionais da eSF em busca da comunidade é necessário para a identificação de grupos populacionais que, por motivos históricos, sociais, políticos ou econômicos, não acessam os serviços das US, impulsionando a criação de vínculos de confiança com a comunidade local<sup>1</sup>. Desse modo, buscou-se

identificar grupos no território que apresentaram pouco ou nenhum acesso à US nos últimos anos, devido a diversas situações de vulnerabilidades sociais. Esse mapeamento teve como ator principal o Agente Comunitário de Saúde (ACS), conhecedor do território e protagonista no vínculo saúde-comunidade.

A atuação do ACS constitui um pilar fundamental para a consolidação das eSF e do conceito ampliado de saúde, por meio de ações de educação em saúde individual e coletiva, prevenção de doenças e agravos em saúde, vigilância em saúde e visitas domiciliares<sup>2</sup>. Além disso, constitui um elo muito importante entre a equipe de saúde e os usuários, tanto informando a equipe sobre as situações das famílias quanto orientando os usuários e identificando possíveis riscos à saúde<sup>14</sup>.

No planejamento das estratégias de ação, confrontou-se uma realidade ainda presente na APS: um modelo médico-centrado, orientado pelo enfoque na doença e na cura<sup>15,16</sup>. Ainda que seja importante considerar os agravos em saúde para definição das ações educativo-preventivas e curativas a serem realizadas, a adoção desse critério não deve significar a exclusão dos indivíduos sem agravos em saúde ou queixas prévias<sup>3,17</sup>. Para a elaboração das atividades, foi necessário esforço conjunto da equipe para superar o modelo 'queixa-conduta' e possibilitar ações estratégicas de promoção da saúde<sup>18</sup>.

Diante dessas premissas, este trabalho tem como objetivo descrever o processo de aproximação dos profissionais de uma US com um grupo específico de moradores do território com pouco acesso e baixo vínculo com o serviço de saúde, por meio da utilização do Círculo de Cultura de Paulo Freire e com abordagem interdisciplinar.

## Material e métodos

As atividades descritas neste trabalho foram realizadas nos meses de setembro, outubro e dezembro de 2019, em um bairro periférico

de uma capital da região Sul, como parte do processo formativo da RMS dos núcleos profissionais de enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e psicologia.

A pesquisa apresenta um relato de experiência, de abordagem qualitativa, por intermédio da descrição das atividades realizadas com a utilização da ferramenta Círculo de Cultura proposta por Paulo Freire. O trabalho tem por base as anotações de caderno de campo e as discussões realizadas pelas trabalhadoras envolvidas na construção dessa atividade, comparando-as com os achados já existentes na literatura.

O Círculo de Cultura, proposto por Paulo Freire em meados de 1960, compreende a construção de possibilidades por meio da negociação e da conquista do poder compartilhado com saberes distintos e igualmente importantes. Adverso a uma simples 'prestação de serviços clínicos' na localidade, a metodologia permite o respeito pelo educando, a conquista da autonomia e a dialogicidade, produzindo promoção da cidadania, autocuidado e acesso aos serviços de saúde disponíveis na rede do território<sup>4,17,18</sup>.

O desenvolvimento do Círculo de Cultura pode ser estruturado em três momentos: a) a investigação do universo vocabular, do qual são extraídas palavras geradoras representativas dos modos de vida e singularidades dos grupos e do território onde se trabalhará; b) a tematização, processo no qual os temas e as palavras geradoras são codificados e decodificados, possibilitando a ampliação do conhecimento e a compreensão dos educandos sobre a própria realidade; c) a problematização, que, por meio da reflexão com o conjunto dos atores, possibilita a visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido<sup>4</sup>.

A seleção da população foi após a identificação do baixo acesso aos serviços de saúde por sete famílias que habitavam um mesmo terreno pertencente ao território da US. A equipe acreditava que o conhecimento da comunidade sobre o envolvimento dessas famílias com o tráfico de substâncias ilícitas foi

uma importante barreira cultural e principal fator do não acesso desse grupo ao serviço de saúde devido à crença de que poderia haver qualquer discriminação no atendimento. Além disso, apontou-se a dificuldade das famílias em se adequarem à organização e horários ofertados pela US. Os núcleos familiares eram compostos por 12 crianças, 7 adolescentes e 10 adultos, na sua maioria do sexo feminino.

A primeira etapa do trabalho foi a realização de um treinamento sobre a utilização do Círculo de Cultura, disponibilizado pela instituição de ensino da RMS. Na sequência, houve o repasse desses conhecimentos para os outros profissionais envolvidos no trabalho e vinculados à US.

Em seguida, foi iniciada a etapa de imersão e reconhecimento no local de estudo, com o intuito de formação de vínculo com os participantes, processo facilitado pelo ACS. Para isso, foram realizadas visitas ao território com o objetivo de propiciar aos profissionais a capacidade de imersão na realidade da família, buscando a desconstrução de conceitos previamente estabelecidos, que, por vezes, podem interferir no processo de cuidado. A estruturação dos encontros foi oportunizada por intermédio dessa aproximação inicial e de visitas realizadas em pequenos grupos, buscando entender o cotidiano das famílias que moravam naquele lugar. Ao longo de três meses, foram realizados seis encontros com as crianças e com os adultos, com o intuito de não sobrecarregar as famílias e, também, de propiciar aos profissionais tempo oportuno para a preparação das próximas atividades. Já com os adolescentes, foi possível realizar somente um encontro, visto que a maioria deles trabalhava durante o dia e estudava à noite. As atividades foram desenvolvidas em um espaço coletivo comum aos moradores do local, com aproximadamente uma hora de duração.

Os temas escolhidos foram abordados em rodas de conversa conforme a faixa etária (crianças até 10 anos, adolescentes até 17 anos e adultos maiores de 18 anos), respeitando as

diferentes fases do desenvolvimento humano e proporcionando privacidade e liberdade para tratar de assuntos diversos, inclusive os considerados tabus, como a sexualidade. Cada assunto era iniciado por meio de perguntas disparadoras capazes de levantar novas palavras geradoras e tematizações, em que a participação entre profissionais de saúde e usuários acontecesse de modo horizontal, valorizando o conhecimento de todos os atores envolvidos.

## Resultados

Durante a fase de observação, percebeu-se nas famílias a necessidade de atendimentos voltados à prestação de serviços clínicos pontuais, como atendimentos odontológicos, distribuição de medicamentos para verminoses, avaliação e consulta com equipe multiprofissional, como psicologia e nutrição. Os seguintes relatos de moradoras:

*A gente nunca consegue ir no dentista lá no posto, sempre tem fila, as crianças aqui precisavam de uma psicóloga, são muito agitadas, vocês podiam trazer da próxima vez remédio para verme e piolho, aqui as crianças estão cheias e aqui a gente precisava uma nutricionista também, todo mundo engordou.*

Dispararam a necessidade de desconstruir as possíveis expectativas geradas pela presença dos profissionais de saúde, destacando que as atividades não seriam pautadas em atendimentos clínicos, mas sim em estratégias de promoção da saúde.

Inicialmente, realizou-se a investigação do universo vocabular por meio das perguntas ‘Vocês sentem necessidade de acessar a unidade de saúde? Quais assuntos vocês gostariam de discutir?’ e ‘Quais são as maiores dificuldades para acessar a unidade de saúde?’. Nesse momento, participaram algumas das mulheres adultas das famílias. A partir das respostas, surgiram palavras geradoras relacionadas com a dificuldade do acesso aos serviços da

US, questões de autoestima e comportamento, preocupação com parasitoses e com a educação sexual e reprodutiva dos adolescentes. Tal investigação possibilitou a formação das temáticas: alimentação saudável, saúde bucal, saúde mental, cuidados de higiene e saúde, e saúde sexual e reprodutiva. A partir dessa formação, foi planejada a construção de círculos de conversa, com o intuito de problematizar as temáticas. Os questionamentos tinham como objetivo realizar uma provocação baseada nas palavras geradoras e levar os participantes a pensar nas temáticas de forma dinâmica, como parte integrante do conceito de saúde, conduzindo a atividade para a promoção do autocuidado, prevenção de agravos em saúde e empoderamento para saúde.

Na roda de crianças, os assuntos foram abordados por intermédio de atividades lúdicas, mediante o uso de contação de histórias, músicas, teatro e brincadeiras com instrumentos. No primeiro encontro, o tema abordado foi saúde e alimentação. Iniciou-se a conversa perguntando às crianças o que significava para elas ter saúde. As respostas foram variadas, como “*não ter doença*”, “*ser feliz*”, “*estar de bem com todos*”, sendo que, a partir dessas respostas, foi conduzido um debate sobre o conceito ampliado de saúde. Na sequência, o tema abordado foi sobre a alimentação, por meio das seguintes perguntas: ‘Qual a sua comida preferida? Do que é feita a sua comida preferida? De onde ela vem? O que ela traz para o nosso corpo?’. Com esses questionamentos, foi possível perceber um alto consumo de alimentos ultraprocessados, como salsicha, salgadinhos e balas, e baixo consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, como frutas, verduras e legumes. Apesar do padrão inadequado de consumo, notou-se que as crianças sabiam a diferença entre alimentos mais saudáveis e menos saudáveis, pois associavam a presença de gordura e açúcares como prejudiciais à saúde, entretanto, eram os alimentos que estavam mais acessíveis no território devido ao menor preço.

Na roda com os adultos, foi percebida a importância de uma abordagem mais direta e madura, enfocando sempre a promoção da saúde e a autonomia, esclarecendo quais os fluxos de acesso aos atendimentos e serviços solicitados. A conversa se iniciou por meio de perguntas como: ‘Me alimento apenas quando tenho fome ou me alimento por outros motivos? Minha alimentação faz sentir-me bem? Existe relação entre o alimento e a minha saúde?’. A partir dessas perguntas, os adultos trouxeram que a alimentação das famílias é influenciada pelo que está disponível no bairro

e o que é mais barato. As mães relataram ser comum, durante as tardes, comprar salsicha para fazer cachorro-quente e compartilhar o lanche entre as famílias. Além disso, destacaram ser difícil a aquisição de alimentos *in natura* e minimamente processados. Uma das usuárias destacou: “*a gente sabe que esses produtos não são bons pra saúde, mas as crianças gostam e é mais barato também*”.

O quadro 1 apresenta como foi realizada a condução das outras atividades, a partir das perguntas geradoras.

Quadro 1. Sistematização das atividades desenvolvidas

Temática	Crianças	Adultos
Saúde Mental	O que são os sentimentos? Quais são os sentimentos que vocês já sentiram? Quando eles acontecem? Como falamos e agimos com os outros influencia em como eles se sentem? Máscara dos sentimentos e contação de história.	Se você não tem nenhuma doença do corpo, mas está muito insatisfeito/a com a sua vida pessoal, você está saudável? O quanto você costuma conversar sobre a sua vida pessoal durante uma consulta?
Cuidados de higiene e saúde	É só comida estragada que dá dor de barriga? Por que a mãe diz para lavar a mão antes de comer? Pode fazer carinho no cachorro? Dinâmica da lavagem de mãos com tinta.	Quando você era criança, você tinha piolhos? Como a sua família lidava com o problema? Qual o melhor remédio para vermes e piolhos? Conseguimos nos livrar dos vermes e piolhos apenas usando medicamentos?
Saúde sexual e reprodutiva	Vocês conhecem as partes do corpo? Quais são as partes que ficam ‘guardadas’? Quando e quem pode ‘cuidar’ dessas partes? O que se deve fazer se outra pessoa toca/pede para ver essas partes? Contação de história para a prevenção da violência sexual infantil.	Fazer sexo é certo ou errado? Como é possível acontecer uma gravidez indesejada? De quem é a responsabilidade? Qual a frequência que preciso fazer exames para IST?

Fonte: elaboração própria.

A conversa com os adolescentes ocorreu somente em um encontro previamente agendado, em um espaço reservado, separado dos adultos e das crianças. O encontro foi conduzido de forma acolhedora, propiciando a desconstrução de tabus socialmente estabelecidos e proporcionando ao grupo um espaço de partilha de experiências, dúvidas e aflições.

O objetivo desse encontro foi a saúde sexual e reprodutiva, tendo como perguntas norteadoras aquelas expostas no *quadro 1*.

Em cada encontro, após a condução das perguntas norteadoras, da tematização e da problematização das questões, foram desenvolvidas ações voltadas à promoção da saúde, a fim de apurar as situações expostas, como

as verminoses, cáries, alto consumo de ultraprocessados, além de explicar os fluxos de atendimento para a US e outros equipamentos sociais e de saúde disponíveis no território.

Após a realização dos encontros, utilizando como ferramenta o Círculo de Cultura, foi possível perceber que as famílias participantes apresentaram maior acesso à US e maior envolvimento nos grupos ofertados, como Grupo de Caminhada e Grupo de Alimentação Saudável, propiciando um maior empoderamento do seu cuidado. Além disso, a partir do vínculo, notou-se melhora no envolvimento das famílias com o território, que agora buscam pelo acesso à alimentação, educação, itens de higiene e renda por meio dos equipamentos sociais disponíveis, incluindo organizações, associações e demais serviços públicos, privados e filantrópicos acessíveis, demonstrando compreensão do conceito ampliado de saúde.

Outro resultado importante das atividades foi a interdisciplinaridade alcançada, visto que a oficina foi conduzida em conjunto pelo ACS e pelas trabalhadoras da saúde dos núcleos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia, proporcionando uma intensa troca de saberes. Ademais, vale destacar a mudança na postura dos profissionais diante do seu trabalho ao longo do processo. Durante as atividades, notou-se uma dificuldade dos profissionais e dos usuários de se desvincularem de práticas curativistas, voltadas à transmissão vertical de informações e oferta imediata de procedimentos pontuais. A prática do diálogo/problematização proposta pela ferramenta do Círculo de Cultura permitiu uma reflexão nas práticas de cuidado, possibilitando a superação da postura curativista para uma abordagem de promoção da saúde, propiciando um cuidado horizontal e centrado na pessoa.

## Discussão

Trabalhar promoção da saúde por meio da metodologia de Círculos de Cultura possibilita a aproximação entre os profissionais como

um grupo, bem como a aproximação destes com os usuários, desvelando a realidade do território a partir do diálogo<sup>19-21</sup>. Além disso, a oportunidade de problematizar temáticas desmistifica conceitos e preconceitos, além de viabilizar a adoção de novas práticas a partir da identificação de potencialidades e dificuldades<sup>20</sup>. A multidimensionalidade dos seres humanos requer práticas profissionais que considerem as subjetividades, os desejos, as histórias e o contexto de vida dos usuários na promoção da saúde e empoderamento de grupos vulnerabilizados. A interdisciplinaridade se apresenta como essa possibilidade, uma vez que existe a integração para além dos saberes, mas também de práticas, em um processo de construção entre teoria e prática compartilhadas por núcleos diferentes<sup>22</sup>.

A educação em saúde para adolescentes no contexto de problematização dos assuntos abordados constitui uma estratégia fundamental para envolver estes nas discussões, de modo a promover autonomia e desconstruir as ideias de inibição e repreensão social que podem advir. Ao trabalhar os conceitos de saúde sexual e reprodutiva com adolescentes, é necessária a flexibilidade no diálogo, alcançada pelos Círculos de Cultura. Dessa forma, possibilita-se uma discussão complexa com graus de maturidade e conhecimento de todos os envolvidos, normalizando a sexualidade como uma questão de desenvolvimento humano. Também se ressalta que o trabalho interdisciplinar aborda os aspectos da educação em saúde sexual por intermédio das esferas biológica, psicológica e sociocultural, proporcionando o conhecimento dos adolescentes em suas diversidades e o fortalecimento das ações de promoção da saúde<sup>23</sup>.

O trabalho de Cavalcante et al.<sup>24</sup> apresenta um relato de experiência sobre a utilização do Círculo de Cultura em uma abordagem educativa com adolescentes, realizado nos anos de 2013 e 2014. Os resultados encontrados no trabalho apontam que a utilização da ferramenta auxiliou no fortalecimento do vínculo entre educandos e educadores, diante da mudança

na postura adotada pelos educadores, de um caráter mais centralizador e transversal para uma abordagem horizontal, que valorizava os conhecimentos prévios dos educandos.

O trabalho de Heidemann et al.<sup>25</sup> dialoga com a experiência apresentada, uma vez que traz o Círculo de Cultura como uma ferramenta importante para a realização de atividades voltadas à promoção da saúde. Em seu trabalho, os autores destacam a utilização da estratégia nos encontros de educação permanente das eSF de Florianópolis e percebem o quanto é difícil para os profissionais se desvincularem de práticas direcionadas ao repasse direto e vertical de informações, fato também percebido no presente estudo. Apesar das dificuldades relatadas, o estudo destaca o potencial de utilização da ferramenta, tanto na educação permanente quanto nas atividades com os usuários.

É necessária a ampliação de experiências e interações entre coletivos a fim de favorecer relações que implicam a potencialização da produção de novos significados sobre o cuidado à saúde, pautado na atenção interdisciplinar. O trabalho em saúde a partir de uma perspectiva interdisciplinar otimiza as ações em saúde com melhor qualidade aos usuários, além de fortalecer as estratégias de comunicação, resolução de conflitos e processos de tomada de decisões compartilhada. Ademais, promove a aproximação entre os profissionais de saúde e os usuários em suas diversas complexidades, sendo essencial para uma assistência humanizada, crítica e reflexiva, de modo a melhorar as condições dos serviços ofertados aos usuários do sistema de saúde<sup>26</sup>.

Ainda, é importante destacar a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde e a falta de tempo disponível para a integração entre os profissionais. Nesse sentido, torna-se fundamental a implantação de mecanismos institucionais, e ações ao nível de gestão que possibilitem trabalhos interdisciplinares entre as equipes de saúde<sup>27</sup>.

Como pontos fortes do relato de experiência apresentado, podem-se citar: 1) utilização da

abordagem qualitativa por meio do registro das atividades em diários de campo; 2) utilização do Círculo de Cultura na área da Saúde, visto que ainda é uma ferramenta mais utilizada pelas ciências humanas; 3) incentivo ao trabalho de promoção da saúde com populações vulnerabilizadas; 4) abordagem interdisciplinar. Além desses pontos, pode-se destacar que a ferramenta apresentada é uma tecnologia de cuidado leve, fácil de ser implementada e pouco custosa aos serviços de saúde.

Apesar dos resultados satisfatórios apontados no relato de pesquisa, o estudo apresenta algumas limitações, tais como: 1) a realização das atividades ocorreu em espaço familiar, e isso, de certo modo, pode ter deixado os participantes mais inibidos em relatar algumas situações, principalmente no caso dos adultos; 2) não foi aplicado um questionário que pudesse avaliar o impacto das atividades com os participantes, incluindo também aspectos quantitativos no trabalho.

## Conclusões

O papel dos trabalhadores nos serviços de saúde é indispensável na promoção da saúde e na orientação das práticas de prevenção de agravos ao mesmo tempo que os usuários são parte de um contexto social, que se relacionam direta ou indiretamente com a forma de cuidado da sua própria saúde, em proximidade às recomendações científicas. Para tanto, é importante que os trabalhadores busquem e desenvolvam estratégias que vençam as práticas punitivas e de prescrição de comportamentos saudáveis, construindo com o usuário negociações e pactos que possam gerar mudanças de vida<sup>3</sup>. O Círculo de Cultura foi um facilitador do empoderamento dos indivíduos sobre sua própria saúde e seus direitos enquanto cidadão e pode ser aplicado em diferentes contextos.

Nas atividades desenvolvidas, independentemente da faixa etária, a finalidade da roda de conversa não se deteve em ‘como curar/prevenir determinada doença’, e sim ‘ter saúde

e sentir-se bem', vinculando os aspectos subjetivos, a autonomia e o empoderamento individual e coletivo, resultado do acesso aos bens e serviços sociais básicos, e não necessariamente à ausência de doenças, problematizando com a visão médico-centrada. Tal abordagem proporcionou com sucesso o envolvimento da equipe e o estímulo ao interesse dos usuários pelo autocuidado, o empoderamento dos indivíduos e a aproximação entre comunidade e US, fortalecendo o vínculo e a confiança entre os usuários vulnerabilizados e os trabalhadores,

bem como ampliando o acesso à saúde e à dignidade.

## Colaboradoras

Borges DC (0000-0003-2790-2357)\*, Solka AC (0000-0001-8061-8369)\*, Argoud VK (0000-0002-6844-2038)\*, Ayres GF (0000-0003-4310-9041)\* e Cunha AF (0000-0002-4231-1654)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 31 Mar 2006.
3. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2022 nov 18]; 41(3):265-276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xV7FHzBmscvF7J3Xt85Yc9t/?lang=pt#>.
4. Dantas VL, Linhares AMB. Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. p. 73-80.
5. Rocha G. Você sabe o que é equidade?. UNASUS. 2015 [acesso em 2022 nov 18]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade>.
6. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 nov 15]; 34(3):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt>.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 [acesso em 2022 nov 18]; 17(1):77-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.
8. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Organização Mundial da Saúde. World conference on

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- social determinants of health: meeting report. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
10. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M et al., organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-667.
  11. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2022 nov 22]; 27(1):7-18. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n1/7-18/>.
  12. Gonçalves AC, Araújo FCA. Multiplicar para combater: a experiência de formação de multiplicadores para a prevenção e combate ao abuso infantil. *Rev. Ed. Popular*. 2020 [acesso em 2022 nov 18]; 19(2):275-289. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/50757>.
  13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, DF: MS; 2007.
  14. Costa SM, Araujo FF, Martins LV, et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013 [acesso em 2022 nov 22]; 18(7):2147-2156. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/>.
  15. Polidoro AA, Da Ros MA, Polidoro JAP. Metodologia problematizadora na promoção à saúde: fichas e círculo de cultura. *Rev. Ed. Popular*. 2016 [acesso em 2022 nov 22]; 15(1):79-90. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/32942>.
  16. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2010 [acesso em 2022 nov 15]; 15(4):674-680. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20364/13525>.
  17. Lopes AS, Villar RLA, Melo RHV, et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate*. 2015 [acesso em 2022 nov 15]; 39(104):114-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?format=pdf&lang=pt>.
  18. Fermino JM, Silva AT, Shirasaki RTS, et al. Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização. *Sau & Transf Soc*. 2015 [acesso em 2022 nov 18]; 6(2):54-69. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/viewFile/3313/4470>.
  19. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud Av*. 1999 [acesso em 2022 nov 22]; 13(35):71-88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/MHv33yZVWbrXNZJw6xyCTVJ/?format=pdf&lang=pt>.
  20. Mello MRC, Dantas VLA. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012 [acesso em 2022 nov 22]; 25(3):328-336. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2263>.
  21. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *Rev Bras Enferm*. 2010 [acesso em 2022 nov 18]; 63(3):397-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dqqbpFdL5c7pV3W5WxKXJFt/?format=html&lang=pt>.
  22. Scherer MDA, Pires DAP, Jean M. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013 [acesso em 2022 nov 18]; 18(11):3203-3212. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v18n11/11.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n11/11.pdf).
  23. Coelho MMF, Torres RAM, Miranda KCL, et al. Educação em Saúde com Adolescentes: Compartilhando Vivências e Reflexões. *Cienc. Cuid Saude*. 2012 [acesso em 2022 nov 18]; 11(2):390-5. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14271>.
  24. Cavalcante JHV, Oliveira EN, Neto FRGX, et al. Experience of using a cultural circle meeting as a reference for educational intervention with adoles-

- cents. Res., Soc. Dev. 2020 [acesso em 2022 nov 18]; 9(8):e694986256. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6256/5815>.
25. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE, et al. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 nov 18]; 19(08):3553-3559. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3553-3559/pt/>.
26. Feuerwerke LC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
27. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface (Botucatu).* 2018 [acesso em 2022 nov 15]; 22(2):1549-1562. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HcK DyxGDbbtHpj8npheZ5nv/?lang=pt#>.

---

Recebido em 31/10/2021  
Aprovado em 20/06/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Discutindo gênero e saúde na formação de residentes de um hospital universitário

*Discussing gender and health in the training of residents of a university hospital*

Bianca Assucena<sup>1</sup>, Cristiane Colonese<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E621

**RESUMO** Este relato visou descrever a experiência vivenciada enquanto docentes convidadas da disciplina ‘Gênero e Saúde’ do Curso de Pós-Graduação Multiprofissional em um hospital universitário e apresentar, de forma analítica, o debate sobre gênero e saúde realizado em sala de aula a partir de discussões orientadas pelas docentes. A disciplina foi ministrada em bloco presencial e não presencial, sendo este para desenvolvimento de trabalho avaliativo. Dentre as atividades desenvolvidas em sala, destacam-se: formulários individuais para identificação e contextualização sobre a temática, dinâmica em grupo e em roda expositiva e dialogada. Nos temas abordados, debateram-se: construção da feminilidade e da masculinidade; gênero, direito à saúde e acesso aos serviços; e violência de gênero. Essa experiência impulsiona a afirmar a necessidade de ampliação do debate sobre a temática ‘Gênero e Saúde’ nos espaços de formação, bem como nos cenários de práticas profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde de gênero. Violência de gênero. Equidade. Educação em saúde. Saúde pública.

**ABSTRACT** *This report aims to describe the experience lived as invited professors of the ‘Gender and Health’ course of the Multiprofessional Postgraduate School in a university hospital and to present, in an analytical way, the debate on gender and health held in the classroom, based on discussions guided by the professors. The course was taught in a face-to-face and non-face-to-face block, this being for the development of evaluative work. Among the activities developed in the classroom, we highlight: individual forms for identification and contextualization on the theme, group dynamics, and dialogues. In the topics covered, we discussed: being a man and being a woman; construction of masculinity and femininity; gender, right to health and access to services, and gender violence. After analyzing the final works, we affirm the need to create debates on the theme ‘Gender and Health’ in the training spaces, as well as in the scenarios of professional practices.*

**KEYWORDS** *Gender and health. Gender violence. Equity. Health education. Public health.*

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
moraes\_bia@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Este trabalho é um relato da experiência de docentes convidadas da disciplina ‘Gênero e Saúde’, de um Curso de Residência Multiprofissional em Saúde realizado no primeiro semestre do ano de 2019.

A disciplina foi ministrada por duas professoras externas à unidade, para discentes do primeiro ano do curso de residência. Ambas as professoras são enfermeiras e pesquisadoras em saúde coletiva.

O debate sobre gênero nos cursos da área de saúde é fundamental para romper com o cenário formativo e de atuação baseado em universalismos de conduta e expressões corporais, não inclusivas, por vezes incentivado por grupamentos políticos que estão a sucatear o Sistema Único de Saúde (SUS). Tais políticas impedem a inclusão de uma perspectiva de gênero nos planos educacionais, atacam também as ações afirmativas e a gratuidade do ensino superior público, além das propostas de desmonte do SUS. Essas pautas fortalecem-se no modelo capitalista neoliberal e são contra os ideais de universalidade, equidade e integralidade nas políticas públicas<sup>1</sup>.

A temática abordada neste artigo é relevante quando se percebe que a pauta do gênero ainda não é tratada nos currículos escolares ou está diretamente relacionada com a educação sexual, no sentido reprodutor e biológico<sup>2</sup>. Nos cursos de graduação, o cenário ainda é de muitos caminhos a serem feitos. Para tanto, há questões sociais, culturais e históricas construídas, como o papel social do homem e da mulher, enquanto sociedade patriarcal; bem como a herança de sociedade colonial, racista e em muitas atitudes misóginas – perspectivas que apontamos para a produção desta permanência curricular.

O objetivo é descrever a experiência vivenciada enquanto docentes convidadas da disciplina ‘Gênero e Saúde’ de um Curso de Pós-Graduação Multiprofissional em um Instituto de Saúde Coletiva e apresentar, de forma analítica, o debate sobre gênero e saúde

realizado na disciplina a partir de discussões com o grupo de discentes. Utilizou-se como premissa a necessidade de ampliar o debate sobre gênero na saúde, por meio de estratégias e temas para discussão em sala a partir das conversas e narrativas.

Em tempos de dureza nas formas de comunicação e divulgação de informações de modo verídico, entende-se que é dever das docentes a ampliação do debate responsável sobre ‘Gênero e Saúde’, dentro do pouco tempo que tínhamos. A disciplina foi pensada antecipadamente e realizada de forma dialógica com as discentes buscando a reflexão que ultrapassa os espaços profissionais, tendo sido importante para revisar posturas e condutas da prática diária de vida e, sem dúvida, da vivência enquanto profissionais de saúde em formação atuando dentro de um hospital.

A interdisciplinaridade norteou a disciplina, pautando-se na superação da visão fragmentadora que existe entre as diferentes profissões na área da saúde, apontando para a relevância de cada olhar profissional nos distintos cenários de atuação.

A pedagogia progressista evoluiu com as mudanças e as necessidades de uma sociedade democrática que preza pelo pensamento crítico-reflexivo dos cidadãos. Nesse sentido, é fundamental frisar a importância da educação que considera o discente como um ser participativo e crítico, em que o professor é o orientador da turma e na qual o conhecimento se dará na vivência e na troca entre o grupo<sup>3</sup>.

Associada à educação libertária, encontra-se a pedagogia crítico-social que busca oferecer ao discente conteúdos com ligação à realidade humana e social<sup>4</sup>. O conteúdo a ser trabalhado, nessa perspectiva, espera que o educando tenha uma análise crítica do conteúdo e que a teoria seja ligada à prática.

A disciplina teve como proposta trazer as docentes como mediadoras do processo ensino-aprendizagem, e as discentes, como protagonistas e agentes transformadoras do seu aprendizado. Amparamo-nos na premissa da educação progressista libertária que nos

ensina que o conhecimento deve ser interligado com as experiências do educando, sua cultura e a realidade da sociedade em que se encontra.

Defendemos um trabalho educacional que possa ser reflexivo sobre seus próprios processos, desafios, travas e conquistas, com novas formas de fazer que sejam construídas, visando integrar educandas(os) como parte desse processo. Às docentes, caberá a mediação do grupo para promoção de construção de conhecimento de forma reflexiva e crítica perante a sociedade. Não menos importante, afirmamos que construir laços de afeto de forma horizontal faz parte de todo esse processo interrelacional entre educadora/educanda(o) de construção de saberes.

## Breve contextualização sobre gênero

O termo gênero surgiu inicialmente entre as feministas americanas, que buscavam enfatizar o caráter social das diferenças baseadas no sexo. O uso da palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual. O interesse por essas categorias assinalava um movimento do(a) pesquisador(a) para compreensão de que as desigualdades de poder estão ao longo de, no mínimo, três eixos: gênero, raça e classe social<sup>5</sup>.

O conceito de sexo refere-se às características biológicas que definem o humano como feminino ou masculino. O conjunto dessas características biológicas não é mutuamente exclusivo, porque existem indivíduos que nascem com características sexuais físicas ou biológicas que não se encaixam nas definições tradicionais de mulher ou homem (intersexo)<sup>6</sup>.

Entretanto, gênero refere-se à construção social das normas, dos papéis e das relações

entre as pessoas. Também diz respeito a expressões e identidades de homens, mulheres e outros gêneros. Além disso, o gênero é indissociável de outros determinantes sociais e estruturais que modelam a saúde e a equidade, o que varia de acordo com o tempo e o local<sup>6</sup>.

Raça, classe e gênero não podem ser categorias pensadas de forma isolada. Assim, a partir do conceito de interseccionalidade, percebe-se que não pode haver prioridade de uma situação de opressão sobre as outras, o que possibilita uma verdadeira prática que não negue identidades em detrimento de outras<sup>7</sup>.

Contudo, o que se vê é que a pauta feminista invisibiliza a mulher negra, e seus problemas sequer são nomeados<sup>6</sup>. Estas, como grupo, estão em uma posição peculiar na sociedade, pois se encontram na base da pirâmide ocupacional e têm o *status* social inferior ao de qualquer outro grupo, o que significa dizer que elas carregam o fardo da opressão sexista, racista e de classe. Nesse contexto, os homens são os principais responsáveis pela opressão sexista e pela violência de gênero no ambiente doméstico<sup>8</sup>.

## Material e métodos

A disciplina teve carga horária total de 15 horas, sendo distribuídas em 8 horas de trabalho presencial em sala de aula e 7 horas não presenciais para elaboração de trabalho analítico sobre o conteúdo discutido na disciplina.

Para fazer o relato de experiência da disciplina 'Gênero e Saúde', foi necessário descrever seu processo metodológico no que tange à sua organização e à sua execução. Para chegar ao plano de aula da disciplina (*quadro 1*) e cronograma finais, foram essenciais discussões prévias entre as docentes sobre o tema, a abordagem e a dinâmica que o conteúdo seria apresentado.

Quadro 1. Plano de aula da disciplina 'Gênero e Saúde'

Tema	Gênero e Saúde
Objetivos educacionais	<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar as principais discussões que envolvam a questão de gênero em saúde.</li> </ul> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debater os principais sentidos de gênero;</li> <li>- Discutir a conjuntura sociopolítica atual;</li> <li>- Propor reflexão sobre os conteúdos abordados;</li> <li>- Desenvolver um pensamento crítico acerca dos conceitos de gênero e suas repercussões no contexto da saúde.</li> </ul>
Conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A expressão da masculinidade e da feminilidade. Qual o papel esperado para o homem e a mulher na sociedade? O que é ser homem? Construção social e cultural destes papéis.</li> <li>- A expressão socialmente construída do corpo feminino e do corpo masculino.</li> <li>- Trabalhar com conceito de gênero, sexualidade e sexo.</li> <li>- Feminismos e violência à mulher no Brasil: apontamentos para o debate.</li> <li>- Perspectiva de gênero na saúde e equidade de gênero.</li> <li>- SUS para todos: impacto das questões de gênero.</li> <li>- Violência de gênero e o impacto na saúde, especialmente nas populações vulneráveis.</li> </ul>
Duração	15 horas
Metodologia/Estratégias educacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala de aula invertida.</li> <li>- Turma em roda.</li> <li>- Debate livre e facilitado pelas docentes.</li> </ul>
Recursos didáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulário individual para identificação e contextualização sobre a temática.</li> <li>- Dinâmica em grupo.</li> <li>- Roda para debate.</li> <li>- Apresentação em slides</li> <li>- Vídeos.</li> </ul>
Textos de referência para leitura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação &amp; Realidade. 1995; 20(2):71-99.</li> <li>- Facchini R, Ferreira CBC. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. Cienc. Cult. 2016; 68(3):4-5.</li> <li>- Beauvoir S. O segundo Sexo. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980. p. 1-24.</li> </ul>
Avaliação das discentes	- Participação em aula presencial e desenvolvimento de trabalho final.
Avaliação da disciplina	- Ao final da disciplina, por meio da fala das discentes e retorno dos trabalhos.

Fonte: elaboração própria.

A estratégia de ensino escolhida foi a metodologia ativa. Nessa forma de ensinar, o processo de ensino é centrado no discente que deixa o papel de receptor passivo e assume o de agente principal responsável pela sua aprendizagem<sup>9</sup>.

A proposta de ensino-aprendizado contemplou o conhecimento das discentes no tema abordado desde seus locais de atuação. Baseamo-nos na promoção da reflexão crítica

ao longo da disciplina a partir da fala das discentes de determinadas situações-problema do cenário de prática, com provocações pelas docentes quanto a garantia do acesso e cuidado equânime dos usuários nos serviços nos quais estavam inseridas.

Previamente, foram realizadas, pelas docentes, leituras de textos na área e acesso à base de dados epidemiológicos sobre violências de gênero. Entre o vasto conteúdo que abrange

essa temática, optou-se por textos clássicos e por um texto mais recente e de fácil leitura como possibilidades de instrumentalizar a todas. Como a parte presencial da disciplina foi de apenas um dia, o modelo de sala de aula invertida foi uma alternativa para abordagem do tema com as discentes.

Na sala de aula invertida, a discente se apropriou do conteúdo previamente, e em sala de aula, buscou-se aprofundar o que já foi apreendido por meio das leituras prévias, cabendo à docente fazer retomadas pontuais a partir das questões que surgiram ao longo da discussão<sup>10</sup>.

Essa modelagem contribuiu para a aprendizagem autônoma das discentes ao estimular o trabalho de leituras, tanto as indicadas como também livremente sobre a temática, favorecendo a identificação de questões para serem debatidas em grupo. As dúvidas advindas da leitura prévia auxiliaram o processo de formação crítica e reflexiva ao promover a articulação entre a teoria com a prática do cuidado e da gestão no ambiente de atuação de cada residente.

A disciplina em questão era parte integrante do processo de formação das discentes da residência multiprofissional da área de saúde da mulher, criança e adolescente de um hospital universitário. Participaram do módulo presencial cinco discentes (uma farmacêutica, duas enfermeiras, uma assistente social e uma nutricionista) e duas docentes. Apenas um discente (educador físico) faltou ao dia da aula, porém ele participou da atividade não presencial.

O bloco presencial da disciplina foi ministrado no dia 26 de fevereiro de 2019, no período das 8h às 17h, em sala de aula no hospital universitário.

Os conteúdos da disciplina foram sendo conversados de acordo com a proposta exposta no plano de aula. Entretanto, não houve, em nenhum momento, a ideia de seguir um cronograma rígido e inflexível.

O saber democrático, horizontal, inclusivo e sem preconceito foi o condutor dessa disciplina. Paulo Freire nos inspirou à proposição dessa abordagem na disciplina, com

a valorização do discente como sujeito ativo no seu processo ensino-aprendizagem e do docente como mediador e parceiro nessa construção. Para o autor: “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”<sup>11(25)</sup>. Os sujeitos dialógicos, por meio da relação de confiança entre si, tornam-se cada vez mais parceiros na pronúncia do mundo<sup>12</sup>.

Ao término da aula presencial, as docentes propuseram uma atividade, não presencial, para avaliação das discentes. Foi proposta uma resenha crítica entre os temas abordados, de escolha livre; para isso, foi solicitada a organização do grupo em duplas ou trios.

## Resultados e discussão

### Primeiro momento: sala de aula

Buscamos apresentar, de forma crítica e objetiva, o desenvolvimento da discussão da temática, proposta na roda de debate com as discentes.

Inicialmente, foi proposta uma apresentação de todas as participantes, docentes e discentes, no formato de roda. Cada uma falou sobre sua formação acadêmica e profissional, histórias de vida e sobre os dilemas e desafios da experiência como residentes. Esse primeiro momento foi importante para conhecimento do grupo, mas também para envolvimento das discentes como sujeitas do processo de construção do conhecimento a partir da discussão.

Observamos que as discentes tiveram dificuldades em realizar a leitura prévia (*quadro 1*) recomendada de todo o material sugerido, o que nos aponta uma autorreflexão quanto à sugestão de leitura. Além disso, reconhecemos a necessária inclusão na construção do referencial de autoras decoloniais e do feminismo negro. As discentes informaram que a carga horária extensa de prática no hospital refletiu no pouco tempo disponível para leitura. Destacamos que foi possível retornar, ao longo da disciplina, a questões importantes apresentadas pelas autoras dos textos.

Em seguida, foi sugerido que as discentes respondessem a um instrumento (*quadro 2*) com perguntas abertas sobre o tema, no qual apontamos as seguintes questões: identificação, conhecimentos culturais, conhecimentos sociais e políticos, vivências e perguntas sobre experiências no SUS, enquanto usuárias e profissionais de saúde. Como destaque nessa primeira etapa da disciplina, percebemos dificuldades das discentes no item identificação em relação ao assunto definição do seu gênero.

Por isso, optamos por trazer essa questão para início do debate no sentido de trabalhar a garantia de direito à saúde e questionando sobre a necessidade ou não de definição do gênero.

Destacamos que o instrumento utilizado teve o objetivo de provocar autorreflexão e gerar o debate de forma cuidadosa ao grupo. Realçamos que o preenchimento dele foi livre e sigiloso, somente foi comentado o que as discentes trouxeram enquanto oferta ao debate.

Quadro 2. Instrumento utilizado na disciplina 'Gênero e Saúde'

### 1. Perguntas de identificação

- 1.1 Você define seu gênero? Qual?
- 1.2 Você define seu sexo? Qual?
- 1.3 Você define sua raça/etnia? Qual?

### 2. Conhecimentos culturais (descreva pelo menos três)

- 2.1 Características do corpo masculino:
- 2.2 Características do corpo feminino:
- 2.3 Características de masculinidade:
- 2.4 Características de feminilidade:

### 3. Conhecimentos sociais e políticos

- 3.1 O que é feminismo?
- 3.2 O que é machismo?

### 4. Perguntas sobre vivências

- 4.1 Você já sofreu preconceito? Se puder, diga sucintamente qual?
- 4.2 Você já agiu com preconceito? Se puder, diga sucintamente qual?

### 5. Perguntas sobre o SUS

- 5.1 Enquanto usuária do SUS, você considera suas especificidades respeitadas?
- 5.2 Enquanto profissional do SUS, você considera que respeita as especificidades do outro?

Fonte: elaboração própria.

Percebemos que a confusão na definição do gênero estava ligada ao medo de dar definição ao que talvez não precisasse ser definido. Trabalhamos com o princípio da equidade, fundamentado pelo valor humano do respeito, em que entendemos ser a necessidade de definição do gênero inerente a cada indivíduo, não sendo

um equívoco sua determinação, bem como sua não determinação. Essa estratégia nos auxiliou na percepção do que havia de conhecimento prévio e das inquietações sobre o assunto, o que suscitou o início da atividade em grupo.

Propusemos uma dinâmica de construção coletiva de um corpo representando um

indivíduo. Essa atividade teve como objetivo promover a integração das discentes por meio do trabalho coletivo, a fim de abrir a discussão sobre os conceitos que envolvem gênero e sexo. Nesse momento, foram fornecidos papel e canetas coloridas para execução da atividade em um único desenho construído coletivamente. Não sugerimos a definição de sexo biológico para o corpo, no sentido de gerar o debate quanto à necessidade ou não de definição das características específicas socialmente construídas de cada ser.

O grupo, composto somente por mulheres, apesar de não querer definir o sexo biológico do corpo, apresentou-nos um corpo com características socialmente entendidas como masculinas, 'um homem na praia'. O desenho foi apresentado como tendo um sexo não definido. Em seguida, foi estimulada a discussão sobre as expressões da dicotomia de ser homem e ser mulher na sociedade brasileira e no mundo ao longo da história, a partir do que é culturalmente esperado como papel social de cada um.

Percebemos que falar sobre a constituição social do corpo feminino e do corpo masculino, bem como sobre feminilidade e masculinidade, foi um desafio para o grupo no sentido de buscar encontrar argumentos para apresentar o corpo construído e suas características.

Pensar no feminino e no masculino enquanto categoria analítica foi uma vertente estimulada na disciplina, passando por suas concepções e caminhos constituídos na sociedade, como a formação e o papel sociocultural esperado do ser menino e do ser menina.

Aproveitamos para trazer de forma ampla e cuidadosa o debate sobre gênero e sexo, masculinidade e feminilidade. A partir das perspectivas das discentes, debatemos sobre expressão de gênero, sexo biológico e orientação sexual. Buscamos a perspectiva de garantia de acesso aos serviços de saúde, bem como a integralidade da assistência e do ser, por meio da garantia de um cuidado com equidade.

De forma expositiva e dialogada, com o uso de *slides*, foram apresentados alguns temas para introdução e discussão coletiva, são eles:

histórico do movimento feminista; e políticas públicas de proteção às mulheres no enfrentando da violência de gênero, e discutiu-se, principalmente, sobre o feminicídio.

No segundo momento da aula, foram abordados os seguintes assuntos: acesso aos serviços de saúde a partir da perspectiva de gênero; respeito ao uso do nome social; e violência de gênero.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, utilizou-se como auxílio uma obra de ficção em formato de vídeo<sup>13</sup> que traz um relato de uma mulher transexual sobre a importância do uso do nome social durante o cadastro e o atendimento de usuários transexuais nas unidades de saúde.

Em roda de conversa, foi trabalhada com as discentes a importância de acolher os pacientes nos seus diferentes ciclos de vida, livre de preconceitos, prestando uma assistência responsável a partir dos princípios do SUS. Entendemos ser um desafio do cotidiano reconhecer os obstáculos que existem nos serviços de saúde, com o olhar da perspectiva de gênero, minimizando os entraves para uma assistência que promova equidade.

O último conteúdo abordado na disciplina foram os dados de violência de gênero no Brasil e no mundo. Esse panorama buscou trazer a magnitude do assunto violência de gênero, em que se destacou a violência contra a mulher pelo parceiro íntimo e contra a população LGBTQIA+. Foram discutidos os conceitos de violência, sua tipologia, natureza e os impactos que esta causa em várias gerações de diferentes culturas.

Trabalhamos em uma perspectiva interseccional buscando refletir com o grupo sobre preconceitos no que se refere a gênero, raça e aspectos socioeconômicos e culturais. Destacamos que, pelo curtíssimo tempo para debate, não pudemos aprofundar conceitualmente as temáticas, sendo assim, lançamos a discussão e optamos pela didática de autorreflexão, afetação e investigação das realidades a partir das vivências de cada uma. Buscamos um processo didático que valorize o lugar de fala e de atuação perante suas inquietações e

de buscar aprofundar os estudos na temática de gênero e saúde que se comprometa com uma assistência integral, livre de julgamento e com empatia.

A notificação e a investigação da violência contra a mulher, as formas de prevenção da violência de gênero e a rede de apoio à usuária vítima de violência foram temáticas que passaram todos os conteúdos da disciplina, sendo importante a compreensão de profissional ativa nesse processo.

Finalizando esse momento presencial, orientamos a elaboração de uma resenha crítica, sendo o tema livre às discentes entre aqueles que trabalham em sala de aula e que lhes chamaram mais atenção com relação a sua prática assistencial.

Relato de experiência com temática similar pode ser visto em trabalho desenvolvido com estudantes de graduação de medicina das universidades do Piauí, com carga horária de 40 horas. Esse trabalho teve como objetivo promover a integração da sexualidade e do gênero na formação médica, e como estratégia, o uso de roda da conversa para socialização dos estudantes, o que propiciou o debate com foco na perspectiva dos participantes. Além disso, foram utilizados vídeos, filmes e imagens relacionados com o assunto. Os estudantes foram provocados a refletir e a compartilhar experiências. A ausência de experiências anteriores de educação sexual foi observada nas demonstrações de desconhecimento sobre a sexualidade e o gênero<sup>14</sup>.

Referente à formação na área da saúde na temática sexualidade no que diz respeito aos preconceitos e tensões que permeiam essa temática, uma pesquisa qualitativa com estudantes de um Curso de Graduação em Enfermagem evidenciou carência de estudos e discussões na enfermagem em relação à sexualidade, o que reforça a importância de disciplinas que falem sobre o tema gênero durante toda a formação de residentes na área da saúde<sup>15</sup>.

Ao final do módulo presencial, propusemos uma rápida avaliação quanto à temática e à metodologia de ensino-aprendizagem.

Entendemos que o método foi positivo e que o conteúdo foi consensualmente tratado como fundamental para debate nos espaços de formação e de atuação profissional.

## Segundo momento: atividade pós-aula

Em se tratando de uma disciplina com tema amplo, multifacetado e com carga horária curta, após o primeiro momento, foi solicitada uma resenha crítica. Além disso, nos foi solicitado, pela coordenação do curso, que houvesse um método de avaliação do desempenho das discentes na disciplina. A partir disso, orientamos que deveria ser escolhido um tema que mais tenha chamado atenção e impactado durante a conversa em sala de aula; para isso, sugerimos a divisão da turma em pequenos grupos.

Destacamos as principais temáticas trabalhadas pelos discentes: atenção à saúde da população LGBTQIA+, violência contra a mulher, com enfoque no feminicídio, e entendimento sobre ser homem e ser mulher socialmente construídos.

Chamou-nos a atenção tanto a escrita quanto a forma de abordagem das discussões. É importante o realce para uma turma majoritariamente feminina, formada por profissionais da saúde, e ainda se destacam as seguintes características como observadoras: diversidade de raça, formações distintas na área da saúde, incluindo universidade pública e privada; motivação para acabar com preconceitos de gênero no espaço laboral e na vida, porém, dificuldade em reconhecê-los e eliminá-los em cenários duros<sup>16</sup> do contexto do trabalho hospitalar.

## A atenção à saúde da população LGBTQIA+

Vivemos em uma sociedade heteronormativa que se expressa na concepção binária dos sexos e gêneros contemporâneos<sup>17</sup>, logo,

buscamos trazer o debate da vulnerabilidade da população LGBTQIA+, como prática de questionar um regime de poder que inclui e exclui a existência de gêneros diversos.

A Política LGBT, de 1º de Dezembro de 2011, aponta como desafio a superação do preconceito e da discriminação no SUS, pois requer de cada um e do coletivo mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças<sup>18</sup>.

Esperamos pelo viés coletivo e, em busca de trazer narrativas para o debate, estimular as discentes a trazerem questões que pudessem refletir a atuação em serviços de saúde. Como ponto marcante, destacamos o incômodo trazido sobre desconhecimento dos profissionais dos serviços de saúde a respeito das especificidades desse grupo, bem como a falta de espaços específicos para seus atendimentos e a reflexão sobre normatividades dos espaços das unidades já previamente definidos para homens e mulheres.

Foram abordados a importante conquista de garantia do processo transexualizador no âmbito do SUS<sup>19</sup> e o direito ao uso do nome social no âmbito da administração pública<sup>20</sup>, e, ainda, que as pessoas travestis e transexuais sofrem violência ao não terem seu nome escolhido respeitado. Essa violência acontece diariamente nas suas vidas sociais<sup>18</sup>.

Foram levantadas questões sobre impasses da assistência e durezas do dia a dia de trabalho, contudo, o respeito e a equidade perpassaram as falas e as escritas. Reconhecemos a necessidade de reinvenção cotidiana dos nossos atos e do nosso agir no mundo, buscando um ambiente de vida mais feliz, inclusivo, que respeite a autonomia e a dignidade humana de cada cidadão.

Para a Política LGBT, é fundamental reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença dessa população, sendo importante que haja mudanças na determinação social da saúde para reduzir as desigualdades relacionadas com a saúde desses grupos sociais. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado na Política LGBT como fundamentos para a humanização

na promoção, proteção e no cuidado à saúde. O reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença<sup>16</sup>.

### **Entendimento sobre Ser Homem e Ser Mulher socialmente construídos: expressões da violência contra a mulher**

O patriarcado é “um sistema social no qual a diferença sexual serve como base da opressão e da subordinação da mulher pelo homem”<sup>21(132)</sup>, estando essa dominação masculina presente nas diferentes culturas, nos distintos tempos<sup>21</sup>. Para tanto, estando imersos em uma configuração de sociedade patriarcal, entendemos a necessidade de debate sobre o papel social da mulher e do homem em nossa cultura, bem como a influência do machismo e do feminismo para essa expressão. A necessidade de debate sobre essa diferença foi destacada pelas discentes, tendo como premissa trazida nas escritas que a expressão do machismo é a violência.

Muito nos chamaram atenção os apontamentos para debate sobre a divisão sexual dos trabalhos, bem como a dupla jornada feminina, sendo o trabalho doméstico considerado invisível, e o envolvimento do homem nos diálogos para desconstrução, nos espaços micro e macro de poderes, dessa diferença social. Ademais, a necessidade de não perpetuar uma narrativa societária patriarcal de desigualdades e opressão feminina. Para tanto, atitudes do dia a dia são fundamentais para conscientização, formação e diálogo entre pares.

O tema da violência contra a mulher, especialmente do feminicídio, foi discutido e refletido nos trabalhos enquanto incômodo e, principalmente, enquanto realidade cruel e de hegemonia masculina que vivemos, retornando ao machismo como a principal barreira para diálogo, incluindo a baixa participação das mulheres nos espaços de decisão e poder, especialmente na política.

Os dados do Atlas da Violência foram destaque durante a disciplina ao mostrarmos que, no Brasil, o percentual de mulheres que sofrem violência dentro de casa é 2,7 maior do que o de homens, o que reflete a dimensão da violência de gênero e, em particular, do feminicídio. Entre 2008 e 2018, os assassinatos de mulheres negras aumentaram 12,4%, enquanto os de mulheres não negras reduziram 11,7%<sup>22</sup>. O Ligue 180 indicou que o perfil do suspeito da agressão contra a mulher é do sexo masculino em 84% das denúncias de violência<sup>23</sup>.

Como ponto de avanço, foi trazida a Lei Maria da Penha na especificação dos tipos de violência contra mulher, bem como a criação de serviços especializados para atendimento à mulher<sup>24</sup>.

Outro importante marco é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que assume e reconhece a necessidade do enfrentamento do racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem na garantia de saúde dessa população, como os altos índices de violência e as altas taxas de mortalidade materna e infantil<sup>25</sup>.

O imperativo da vida social nos lança à reflexão do papel do homem e da mulher em cada sociedade, sobre a influência do patriarcado enquanto poder, e da não aceitação de entregarmos nossos corpos para essa dura e fria realidade de extermínio das mulheres, especialmente, mulheres pretas e em condição de vulnerabilidade. Nesse tópico, destacamos o envolvimento das discentes na não aceitação dessa realidade, bem como o grande desafio de lutar e se fazer existir nesse contexto de vida.

## Considerações finais

Esta experiência nos leva a apontar para uma necessária ampliação do debate nos espaços de formação e de atuação profissionais em saúde sobre a temática gênero, buscando a reflexão

crítica e a superação de situações de preconceitos, especialmente nos espaços de trabalho. Vale dizer que estes ainda se configuram segmentados, fragmentados, dificultando o debate entre as equipes sobre uma abordagem mais inclusiva e equânime, questionando as práticas de trabalho cotidianas que, por vezes, podem invisibilizar as pessoas e suas questões, como, por exemplo, a necessidade de uso de ser chamada(o) pelo nome social. A metodologia em roda utilizada no momento presencial da disciplina foi importante para o perfil de aula dialogada e interativa. Utilizamos dinâmicas, apresentação expositiva e debate com provocações temáticas ao grupo. O momento não presencial evidenciou o envolvimento do tema com a realidade de cada grupo e a importância da discussão.

A implementação de disciplinas como essa é uma forma de circular o debate para dentro da academia e serviços de saúde. Apesar do tempo reduzido para trabalho presencial, sem dúvida, sua ampliação para os demais cursos presentes na saúde e no hospital universitário é provocador à normatividade.

A articulação dessa temática à conjuntura atual do SUS foi fundamental para contextualização, buscando a reflexão para ampliar esta discussão entre pares.

Finalizamos a disciplina objetivando gerar a reflexão e debate entre nós, docentes e discentes, estimulando que essa discussão deva ser cotidiana em todos os nossos locais de atuação e que nos impulse a gerar espaços produtores de igualdade e equidade nos serviços.

## Colaboradoras

Assucena B (0000-0001-9074-8191)\* e Colonese C (0000-0002-7637-8419)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Miskolci R, Pereira PPG. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2020 dez 29]; (23):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180353.pdf>.
- Silva DRQ, Costa ZLS, Muller MBC. Gênero, sexualidade e políticas públicas de educação. *Educação (Porto Alegre)*. 2018 [acesso em 2020 dez 29]; 41(1):49-58. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/29812/16846>.
- Oliveira KL. Tendência Pedagógica Progressista Libertária – Uma breve apresentação. *Rev. Espaço Acad.* 2011; 11(125):94-102.
- Azevedo AJ. Contribuições da pedagogia crítica social dos conteúdos na prática docente: um estudo de caso. *Rev. cient. eletr. ped.* 2013 [acesso em 2020 dez 29]; 21(11):1-7. Disponível em: [http://www.fae.f-revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/KFdRoL1amNG61Ax\\_2013-7-10-17-42-35.pdf](http://www.fae.f-revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/KFdRoL1amNG61Ax_2013-7-10-17-42-35.pdf).
- Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Realidade*. 1995; 20(2):71-99.
- World Health Organization. World health statistics: Monitoring health for the sustainable development goals. 2019. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>.
- Ribeiro D. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. *Sur*. 2016 [acesso em 2020 jul 20]; 13(24):99-104. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>.
- Hooks B. Teoria feminista: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva; 2019.
- Oliveira MG, Pontes L. Metodologia ativa no processo de aprendizado do conceito de cuidar – um relato de experiência. In: X Congresso Nacional de Educação; 2011; Curitiba, Brasil. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011. p. 8170 [acesso em 2020 jul 22]. Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2011/5889\\_3479.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2011/5889_3479.pdf).
- Pereira ZTG, Silva DQ. Metodologia ativa: sala de aula invertida e suas práticas na educação básica. *REICE*. 2018; 16(4):63-78 [acesso em 2020 jul 22]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/551/55160082004/html/index.html>.
- Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
- Freire P. A dialogicidade – essência da educação como prática libertária. In: Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. p. 44-57.
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Nome social: cidadania e respeito. Rio de Janeiro: Unasus; 2015. [acesso em 22 jul 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f4aphXF4Sn8&t=73s>.
- Rufino AC, Madeiro AP. Práticas Educativas em Saúde: integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em medicina. *RBEM*. 2017; 41(1):170-8. [acesso em 2020 dez 29]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160020>.
- Sehnm GD, Ressel LB, Junges CF, et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Esc Anna Nery*; 2013; 17(1):90-6. [acesso em 2020 dez 29]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100013>.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onoko R, Merhy EE. Agir em saúde: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.
- Butler J. Sujeitos do sexo, gênero, desejo. In: Butler J. Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Routledge; 2003. p. 15-49.

18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. Reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 20 Nov 2013.
20. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União. 29 Abr 2016.
21. Piscitelli A. Gênero: a história de um conceito. In: Almeida HB, Szwako J, et al. São Paulo: Diferenças, Igualdades. Saúde em Foco; 2009, p. 116-149.
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência. Brasília, DF: Rio de Janeiro: São Paulo; IPEA; 2020.
23. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço 2019. Ligue 180. Central de atendimento à mulher. Brasília, DF: MS; 2020.
24. Brasil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 7 Ago 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017. 44 p.

---

Recebido em 27/07/2021  
Aprovado em 14/08/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Economia solidária e saúde mental: relato de experiência de práticas virtuais

## *Solidarity economy and mental health: experience report of virtual practices*

Chaiane Santos<sup>1</sup>, Clarice Portugal<sup>1</sup>, Mônica Nunes<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E622

**RESUMO** A conexão entre saúde mental e trabalho possui uma extensa trajetória, em muitos momentos implicando opressão e cerceamento da liberdade. Buscando um novo lugar do trabalho para usuários da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a economia solidária vem se destacando enquanto possibilidade múltipla no combate ao estigma, enfatizando a autonomia e a emancipação das pessoas por meio da solidariedade e do cooperativismo. Dessa forma, o presente artigo visa trazer um relato de experiência interprofissional sobre o projeto de extensão universitária de economia solidária e saúde mental. Trata-se de um trabalho descritivo, desenvolvido com base na observação participante e analisado à luz de Mikhail Bakhtin e Paulo Freire. Conclui-se que o presente projeto é de suma importância na construção de saberes múltiplos, visto que contempla profissionais das artes plásticas e cênicas, saúde e artesãos. Sendo assim, a prática formativa de diversos atores favorece um fazer potente por meio da arte, cultura e trabalho para uma gestão que objetiva a inclusão social, a reflexão crítica e a autonomia no campo da saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Desinstitucionalização. Autonomia. Inclusão social.

**ABSTRACT** *The connection between mental health and work has a long trajectory, often involving oppression and restriction of freedom. Seeking a new place of work for users of the Psychosocial Care Network (RAPS), the solidarity economy has been highlighted as a multiple possibility in the fight against the stigma, emphasizing people's autonomy and emancipation through solidarity and cooperativism. Thus, this article aims to bring an interprofessional experience report on a university extension project of Solidarity Economy in Mental Health. This is a descriptive work, developed based on participant observation and analyzed in the light of Mikhail Bakhtin and Paulo Freire. It is concluded that this project is of paramount importance in the construction of multiple knowledge, as it includes professionals in the plastic and performing arts, health, and artisans. Thus, the training practice of several actors contemplates a powerful action through art, culture, and work for a management that aims at social inclusion, critical reflection, and autonomy in the field of mental health.*

**KEYWORDS** *Mental health. Deinstitutionalization. Autonomy. Social inclusion.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.  
chaiane\_s@hotmail.com



## Introdução

A extensão universitária no Brasil é abarcada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394<sup>1</sup>, e pelas Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira, Lei nº 13.005<sup>2</sup>, buscando contemplar os processos de ensino, pesquisa e extensão. A LDB destaca a importância da extensão para a formação em nível superior na medida em que tais práticas corroboram o conhecimento entre as diversas áreas dos saberes. A partir dessa interlocução, é possível ultrapassar sua área de formação e competências, trazendo novas perspectivas para um processo educacional crítico e ampliando os fazeres universitários às necessidades comunitárias<sup>3</sup>.

O fazer em saúde como prática coletiva vem sendo cada vez mais discutido. Nesse sentido, refletindo sobre o campo educacional na formação de futuros profissionais, percebe-se a importância de desenvolver formas de articulação dos saberes, para que haja uma interdisciplinaridade dos conhecimentos. A interdisciplinaridade constitui-se no viés de uma crítica contemporânea do saber, debatendo sobre a superação da separação dos saberes em partes cada vez mais especializadas, acarretando a dificuldade do diálogo<sup>4</sup>. A interdisciplinaridade surge como uma proposta de articulação entre áreas visto que “produz um deslocamento na formação de origem de cada uma dessas áreas, o que gera uma partilha, um espaço de contaminação e composição”<sup>4(648)</sup>. Ou seja, a interdisciplinaridade tem como intuito agregar saberes diversos na busca pela partilha de conhecimentos, acrescentando olhares múltiplos ante o desafio da produção de conhecimentos.

Este relato de experiência busca descrever a atuação interdisciplinar em um projeto de extensão do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) intitulado Rede Gerar de Economia Solidária e Saúde Mental, localizado em Salvador/BA. A Rede Gerar se fundamenta nos preceitos da economia solidária, visando à inclusão social

pelo trabalho de pessoas em sofrimento psíquico usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Essa atuação envolve usuários da Raps, docentes, alunos de graduação e pós-graduação e profissionais das mais diversas áreas. O relato aqui descrito diz respeito ao período de prática do Gerar Virtual, compreendido entre dezembro de 2020 e julho de 2021, desenvolvido em meio à pandemia da Covid-19.

A saúde mental e o trabalho se cruzam em diversos momentos no seu processo histórico. Desde os Hospitais Gerais na Europa, em meados do século XVII, até as Santas Casas de Misericórdia no Brasil, no século XIX, o que se via era um processo de exclusão do meio social dos que não se enquadravam nos padrões da moral e da razão da época<sup>5,6</sup>. O contexto brasileiro, durante muitas décadas, teve no asilamento um proeminente alçôz nas práticas excludentes dos indesejados sociais. Os tempos de hospício tiveram uma ligação próxima ao trabalho, tendo em vista que se acreditou que a reprodução da vida por meio do trabalho era uma forma de tratamento. Assim, criaram, em diversos estados brasileiros, as Colônias Agrícolas como estratégia terapêutica, cuja empreitada pela cura da loucura contrapunha-se ao número cada vez maior de internos no decorrer dos tempos<sup>7</sup>.

A partir do período pós-Segunda Guerra, as condutas e as práticas psiquiátricas passaram a ser questionadas devido às constantes violações dos direitos humanos. Assim, diversos movimentos surgiram em busca de práticas humanizadas. No Brasil, atrelado à luta pela saúde como direito do povo, nos anos 1970, ganharam força o movimento da luta antimanicomial e o imperativo da revisão do modelo assistencial destinado aos considerados loucos<sup>8</sup>. Um importante processo na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ocorreu em 1989, a partir do Projeto de Lei nº 3.657/89, que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico no processo de cuidado e uma lógica substitutiva dos manicômios por recursos assistenciais de base territorial<sup>9</sup>.

Mesmo com a ampliação dos serviços de base territorial, programas e projetos que objetivam concretizar o processo de desinstitucionalização, viu-se que era preciso ampliar o olhar às necessidades dos usuários, principalmente, no âmbito da articulação entre saúde e trabalho<sup>10</sup>. No que tange à inclusão social, política e econômica, viu-se na junção entre Ministério da Saúde e do Trabalho e Emprego uma importante perspectiva por meio da economia solidária. Com apoio da já extinta Secretaria Nacional de Economia Solidária, foi realizada, em 2004, a I Oficina Nacional de Experiências de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental, sendo um marco no incentivo ao cooperativismo solidário no campo da saúde mental. Essa aliança foi firmada por intermédio da Portaria Interministerial nº 353, de 2005, que pauta a saúde mental e a economia solidária enquanto política, trazendo incentivos formativos, de mapeamento e a construção de redes para mobilização do campo<sup>11</sup>.

O trabalho a partir da economia solidária busca a emancipação das pessoas, seu bem-estar na produção e expressão de sentidos pela arte e a inclusão social por meio do trabalho no território. Singer define a economia solidária como uma corrente sustentável e social centrada na produtividade coletiva e de divisão justa e cooperada, sendo uma “resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição”<sup>12(11)</sup>. Isto é, mediante a solidariedade, constroem-se formas de produzir, trocar e criar espaços sem exclusão. Contudo, para a efetiva consolidação desses projetos, são necessárias as políticas públicas e a participação social<sup>10</sup>.

Nesse sentido, a Rede Gerar surgiu em 2014, ainda sem local físico, utilizando espaços cedidos para suas atividades. Foi em 2018 que inaugurou a Casa Gerar, cedida pela UFBA, que passou a comportar uma loja, espaços para as oficinas, reuniões de coletivos e atividades culturais. As ações são sempre construídas pelos mais diversos atores sociais, compreendendo a importância da amplitude dos saberes na construção da economia solidária. Tais ações

são efetivadas por meio da autogestão, buscando sempre perceber as necessidades na promoção de um espaço de acolhimento e resistência antimanicomial.

Muito embora se tenham, nas mais diversas formas, iniciativas de economia solidária e saúde mental no Brasil, é fundamental destacar a resistência que se estabelece na busca por mantê-las ativas, considerando as crescentes tentativas de desmonte e os retrocessos vivenciados no país no que diz respeito à economia solidária e à saúde mental<sup>12,13</sup>.

## Metodologia

Este relato de experiência busca expor e refletir acerca da atuação interdisciplinar que permeou as ações do projeto de extensão universitária Gerar Virtual, da Rede Gerar de Economia Solidária e Saúde Mental, situada na cidade de Salvador/BA, realizado no período de dezembro de 2020 a julho de 2021. Nesse período, as atividades do projeto foram todas desenvolvidas de forma virtual em decorrência da pandemia da Covid-19. Foram realizadas reuniões semanais para planejamento e discussão das atividades entre a equipe, grupo de estudo quinzenal, oficinas virtuais semanais e participação em 9 atividades externas ao projeto, como eventos e reuniões com outros atores. A equipe foi composta por 6 usuários da Raps que atuaram como trabalhadores na monitoria, 3 estudantes extensionistas e 7 profissionais de diversas áreas. Durante o projeto, foram realizadas 5 oficinas virtuais com aulas semanais, alocando o total de 55 alunos, 4 *lives* com empreendimentos de economia solidária de outros estados do Brasil, 1 encontro com 8 iniciativas locais, entre outras atividades complementares que serão descritas a seguir.

A pesquisa volta-se a um estudo descritivo e de abordagem qualitativa acerca das ações realizadas no período descrito acima. Considerando a linguagem um aspecto fundamental do presente estudo, optou-se pela natureza qualitativa pois “trabalha com o universo

dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”<sup>19(21)</sup>, portanto, essa metodologia se faz necessária ao abordar fenômenos que são bastante específicos e tratam de singularidades do contexto social. O estudo se desenvolve com base na análise documental de 8 relatórios, sendo 7 mensais e 1 final, observação participante semanal e 28 diários de campo.

Os dados coletados foram organizados em dois momentos. No primeiro momento, as ações serão descritas enquanto articulação e intercâmbio em rede, oficinas virtuais e Rede Gerar na internet. No segundo momento, será realizada a análise por meio das categorias práxis em Freire e dialogismo em Bakhtin. Salientamos que os nomes dos sujeitos participantes foram modificados, garantindo seu anonimato.

A análise dos dados pautou-se na reflexão crítica sobre as práticas discursivas e pedagógicas norteadas pela perspectiva de Bakhtin<sup>15</sup> e Freire<sup>16,17</sup>. Vale ressaltar que as autoras trabalham ou trabalharam diretamente no projeto, de modo que as experiências próximas e distantes<sup>18</sup> se entremearam durante todo o trabalho de campo e na análise dos dados. À luz de Bakhtin<sup>15</sup>, a análise discorre sobre os processos humanos, buscando compreender o mundo no qual se está inserido, suas vivências, sentimentos e tudo que o rodeia. Outra concepção utilizada para análise é a da pedagogia crítica de Freire<sup>16</sup>, trazendo a importância de refletir sobre o diálogo como processo crítico-problematizador que é essencial no processo pedagógico, pois “testemunhar a abertura aos outros, a disponibilidade curiosa à vida, a seus desafios são saberes necessários à prática educativa”<sup>16(132-133)</sup>.

## Resultados e discussão

### O Projeto Gerar Virtual

Diante da pandemia da Covid-19 e da necessidade de se adequarem às medidas sanitárias, a Rede Gerar se viu com o desafio de adaptar

suas práticas e desenvolver novas ações que contemplassem as necessidades advindas do seu contexto social, tendo em vista possíveis dificuldades de comunicação, pois parte significativa das pessoas que atuam no Gerar se encontram em vulnerabilidade social.

A Rede Gerar desenvolve suas ações em diálogo com os atores que circulam seu espaço, contribuindo com necessidades e ideias que impulsionam a autonomia dos sujeitos. Seguindo os preceitos da economia solidária, a administração do projeto se funda de forma democrática por meio da autogestão. As decisões são discutidas em assembleias, bem como as informações acerca das possibilidades de desenvolvimento de ações são trabalhadas com o grupo de atores que se propõem à participação ativa de construção das atividades e resolução das demandas. Segundo Singer:

[...] a autogestão exige um esforço adicional dos trabalhadores na empresa solidária: além de cumprir as tarefas a seu cargo, cada um deles tem de se preocupar com os problemas gerais da empresa<sup>12(19)</sup>.

Surge então o Gerar Virtual, desenvolvido entre dezembro de 2020 e julho de 2021, e realizando ações pautadas por seus trabalhadores e trabalhadoras em conjunto com as necessidades elencadas pela Raps de Salvador. Contou com 16 trabalhadores: 6 usuários da Raps (bordadeira, mosaicistas, costureiras e tecelã), 3 estudantes extensionistas (bacharelado interdisciplinar em saúde, enfermagem e bacharelado interdisciplinar em artes) e 7 técnicos (professora universitária, artista plástico, duas psicólogas, cineasta, secretária e costureira). A composição da equipe foi constituída de forma interdisciplinar justamente pelo pressuposto de uma visão ampliada no campo da saúde, mais particularmente da saúde mental, com todas as suas especificidades de área da saúde que lida com produção de subjetividade, criatividade, ações de antiestigmatização e inclusão social de pessoas marginalizadas. A interdisciplinaridade é vista em diversas

experiências na saúde e na educação, levando em conta que, por meio das discussões, surgem criações e análises críticas acerca das ideias<sup>17</sup>.

Visando promover a articulação e o intercâmbio de ideias no campo da saúde mental, ocorreram algumas atividades no Gerar Virtual que objetivaram atravessar o espaço do projeto. Foram realizadas *lives* transmitidas pelas redes sociais da Rede Gerar com participação de iniciativas de outros lugares do país, o que possibilitou conhecer novas experiências, interlocução de saberes e fortalecimento da própria rede. A equipe do Gerar Virtual também participou de eventos regionais, nacionais e internacionais, levando para outros lugares suas experiências. Buscando reestabelecer o vínculo com as iniciativas de geração de renda da Raps, foi realizado um encontro virtual chamado Reconnectando a rede, objetivando compreender como as iniciativas estavam lidando com o enfrentamento da pandemia e pensar coletivamente formas de se manter ativas. Para dar continuidade a essa articulação, foi reativado o grupo de WhatsApp® como espaço de trocas de informações e acompanhamento das atividades desenvolvidas nos espaços. A economia solidária, sendo uma importante forma de construção social, também pode e deve ocupar espaços múltiplos enquanto possibilidade de construção coletiva; e considerando seu aspecto enquanto potência cidadã, ela traz os trabalhadores e trabalhadoras a um lugar de protagonismo<sup>20</sup>.

Outro importante aspecto a ser destacado diz respeito à importância do processo ensino-aprendizagem durante o trabalho de extensão, por isso foi criado um grupo de estudos quinzenal para discussão de temas relacionados com saúde mental e economia solidária a partir de artigos e capítulos de livros. Atrelar a discussão teórica perante práticas tão complexas é essencial para o desenvolvimento de uma análise crítica das ações; para tal, as discussões provocam os extensionistas a lidar com as adversidades, buscar novos conhecimentos e experienciar as práticas profissionais<sup>3</sup>.

As ações formativas, especialmente as práticas artesanais, são um dos principais pilares na Rede Gerar. Porém, em decorrência do distanciamento social, foi necessário rever as formas de ofertar as oficinas. Para o desenvolvimento do novo formato das oficinas, foram criados grupos de trabalhos para constituição de novas práticas. A articulação da equipe interdisciplinar foi fundamental nessa construção, destacando a participação dos usuários da Raps – como membros da equipe – como essencial nessa construção, haja vista a abrangência de ideias e apontamentos quanto a facilidades e dificuldades nas possíveis práticas. Nessa formulação, percebe-se a importância da dialogicidade na construção de práticas, aproveitando ao máximo toda potencialidade advinda dos mais diversos espaços de saberes e no desdobramento para práticas que busquem abarcar o máximo de pessoas, considerando o papel emancipatório da economia solidária. Tendo em vista a relação histórica do trabalho enquanto prática terapêutica, espaços distintos daqueles abarcados pelo caráter tutelar são fundamentais na construção de uma possibilidade de inclusão pelo trabalho de usuários e usuárias de saúde mental. Sendo assim, são necessários os espaços de formação, de produção, de cuidado solidário e que visem à emancipação dos sujeitos, buscando neles toda sua potencialidade<sup>20</sup>.

Foram ofertadas oficinas de tecelagem, costura, fuxico, pintura e ambiente virtual. É importante destacar que os educandos das oficinas de arte recebiam os materiais necessários para a confecção das peças. Cada oficina tinha seu grupo de WhatsApp®, pelo qual eram enviadas as videoaulas, semanalmente, e servindo também como um espaço dialógico – tendo em vista que, por meio dos grupos, os educandos trocavam informações, dúvidas, discussões de temas variados, bem como era um espaço de partilha do cuidado com o outro e de sociabilidade, especialmente tendo em conta o isolamento imposto pela pandemia.

A oficina de tecelagem contou com 4 educandos e teve como intuito desenvolver a

criatividade por meio da transformação de linhas em tecidos com desenhos diversos, que, posteriormente, foram transformados em peças variadas. Por intermédio das videoaulas, foi possível demonstrar a produção completa das peças, complementando com a história da tecelagem. A oficina de costura foi um importante espaço de acolhimento para os 14 educandos que participaram; e, por meio das videoaulas, foram desenvolvidas técnicas de corte e costura, resgatando a herança cultural e a produção de diversas peças de vestuário. A já consolidada oficina de fuxico, que é ofertada há alguns anos e que contou nessa etapa com 7 participantes, objetivou o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento da técnica do fuxico para criação de peças criativas, bem como um resgate cultural da técnica. A oficina de pintura teve como proposta estimular a criatividade e a produtividade artística dos 10 educandos que participaram dela e que realizaram a pintura de diversos quadros. Por último, a oficina de ambiente virtual foi uma proposta que surgiu a partir da demanda dos usuários da Raps quanto à dificuldade de inserção digital para comunicação ante o distanciamento social da pandemia, formulando-se aulas a partir dos principais meios de comunicação digital na atualidade, que foram: WhatsApp®, Instagram®, Facebook® e Zoom®.

Os produtos confeccionados durante as oficinas fizeram parte da nova linha da Rede Gerar, composta por peças de vestuário, acessórios e decoração. A destinação dos valores das vendas e a sua divisão foram discutidas com os participantes, almejando uma forma justa e igualitária na tomada de decisão e na repartição dos bens.

Uma importante forma de chegar até as pessoas, não somente as que fazem parte da Rede Gerar, mas também outros sujeitos que podem conhecer e se aproximar, foi por meio das mídias sociais. Para além de informação sobre as atividades e ações, buscou-se discutir temas relevantes para o campo da saúde mental e economia solidária. Assim, ampliou-se de forma significativa a visibilidade da Rede

Gerar no meio virtual. Outro passo importante foi a construção do *site* da Rede Gerar, que objetivou compilar a sua história por meio de memórias fotográficas, vídeos e cartilhas, promovendo, assim, o reencontro com momentos importantes de sua construção. A loja virtual também foi um importante marco atrelado ao *site*, dispondo dos diversos produtos produzidos nas oficinas e experienciando um novo formato para escoamento das produções.

### **A práxis freiriana e o dialogismo bakhtiniano como possibilidades de uma compreensão crítica**

A partir da análise documental, da observação participante e dos diários de campo, buscou-se trazer as potencialidades e dificuldades mediante suas narrativas, acerca do Gerar Virtual, pelos sentidos que permearam a experiência enquanto construção, participação e realização dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como dos educandos das oficinas. O encontro entre a saúde mental e a economia solidária se estabelece por meio de uma série de propostas coletivas, considerando que ambas provocam o estar no mundo perante a sua diversidade de crenças e culturas, almejando a mudança social para uma forma mais justa e solidária. É a partir da práxis transformadora, concebida na ação-reflexão, no modo como o sujeito compreende o mundo ao seu redor e a prática estabelecida, que a possibilidade da educação libertadora emerge<sup>16</sup>.

Compreender o momento histórico vivido é considerado essencial na compreensão deste relato de experiência. Para tal, faz-se necessário abarcar a importância da Rede Gerar no contexto de vida dos usuários da Raps, percebendo esse espaço enquanto possibilidade emancipatória, empoderadora e de inclusão social. Ao analisar a narrativa por meio das considerações de usuários e trabalhadores da Raps, percebe-se que a pandemia da Covid-19 estabeleceu um momento bastante complexo, considerando o aumento das desigualdades sociais, bem como o afastamento das relações

sociais. Refletindo que é a partir da relação dialógica que se estabelece a possibilidade de ser e estar no mundo, de construir e desconstruir significados<sup>15</sup>, é necessário pensar no impacto que o afastamento social implica nas pessoas em sofrimento psíquico, considerando que o afastamento social já foi e, por vezes, ainda é imposto a esses sujeitos como forma de exclusão social. As relações dialógicas estabelecidas na construção de uma nova prática, principalmente, no ambiente virtual, fizeram tal ação uma potência enquanto alternativa para minimizar o sofrimento provocado pelo afastamento social.

O Gerar Virtual foi um grande desafio para toda a equipe. Elaborar um projeto levando em conta as adversidades quanto ao acesso aos meios digitais provocou a busca em outras experiências no campo da saúde mental, bem como traçar estratégias que visassem ao alcance às pessoas de uma forma viável. Percebeu-se que, embora a maioria dos usuários tenha aparelho celular, o acesso à internet e a *expertise* no uso de plataformas digitais ainda são precários, trazendo para a pauta a importância da inclusão digital para usuários de saúde mental. Entretanto, partiu-se da concepção de uma educação que se pautasse no contexto dos educandos, contemplando suas necessidades e não se conformando com as injustiças sociais e opressões<sup>16</sup>. Sendo assim, por meio das oficinas e interações virtuais, viu-se a potencialidade da construção coletiva, percebendo o processo educador como múltiplo, mútuo, como vemos na fala de Paula seguir:

*[...] a gente tanto ensina como aprende e o aprendizado que a gente tem agora como online, [...] tô aprendendo fazendo as coisas pela internet, pelo celular, pra mim isso tá sendo um aprendizado muito importante tanto pra mim quanto para as pessoas.*

É possível perceber o processo educativo como relacional, dialógico, visto que transiciona entre o aprender e o ensinar. Essa relação se estabelece a partir dos preceitos horizontais

que se colocam nas ações, o apoio na dúvida, a ideia na construção, o pensar e fazer junto. O contexto inserido na saúde mental advém de práticas excludentes, mortificantes, almejando sujeitos passivos e afastados do meio social. Aqui se abarca uma educação para a liberdade<sup>17</sup>, esta almejada quando se brada que a liberdade é terapêutica. Faz-se necessário provocar o meio, fazer-se presente, abordar uma proposta emancipatória e que tenha a práxis a partir das vivências dos sujeitos, compreendendo suas subjetividades e potencialidades para assim transformar o meio social<sup>16</sup>.

Nos diálogos referentes às atividades das oficinas, percebeu-se o receio quanto às práticas, para que não culminassem em uma relação apenas de espectador, e sim uma relação dialógica. Assim, eram frequentes as falas sobre possibilidades e formas de provocar a participação ativa nos processos de aprendizagem. As oficinas tiveram avaliações positivas dos educandos, mesmo com as dificuldades atreladas ao meio virtual e à ausência do contato físico. Dessa maneira, tornou-se evidente que os vínculos estabelecidos por intermédio de dispositivos eletrônicos foram um espaço privilegiado para a elaboração das teias semânticas da rede, bem como um elemento tático<sup>19</sup> relevante no enfrentamento do distanciamento social, trazendo momentos de alegria, acolhimento, brincadeiras, incentivos, aprendizagem e afeto.

A utilização da internet como forma de estabelecer rede com iniciativas de outros estados do país foi importante para ampliar possibilidades de diálogo, bem como levar as vozes que constroem a Rede Gerar em diferentes âmbitos, ampliando a autonomia dos sujeitos. Outrossim, levou a acreditar na possibilidade de uma articulação nacional que amplie as discussões sobre economia solidária e saúde mental. Já no âmbito municipal, essa construção foi dificultosa, tendo em vista a desarticulação dos coletivos que, em decorrência das medidas sanitárias, cessaram ou reduziram suas atividades, impossibilitando a produção e a comercialização por parte dos

usuários da Raps. Porém, com base nas ações do Gerar Virtual, foi possível atuar enquanto incentivador na retomada das atividades a partir do encontro que se realizou a fim de discutir possibilidades, inclusive da venda por meio da loja virtual, que, posteriormente, foi implantada.

Outro aspecto a ser discutido é a contribuição dos estudantes extensionistas que, por meio da sua curiosidade e abertura para a vivência enquanto trabalhador, construíram fazeres importantes em todas as etapas do projeto. A experiência da atuação na equipe interdisciplinar é de grande valia no processo formativo do estudante, que ali passa a se ver como parte dela, com responsabilidade, opiniões, frustrações e construções práticas<sup>4</sup>. A educação é uma interação entre teoria e prática, constitui-se como dialógico-dialética, ou seja, “ninguém educa ninguém, tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”<sup>16(79)</sup>. Sendo assim, a educação parte da premissa transformadora, crítica, libertária, almejando desses futuros profissionais essa mesma dinâmica em suas vivências.

Em relação ao Gerar Virtual, nos mais diversos momentos, viram-se enunciados que pautavam a continuidade, a necessidade de incentivo governamental, a não finalização das atividades, entre outras demandas que cunham o receio de finitude das atividades. O constante desmonte de políticas públicas de saúde e a própria instabilidade por falta de incentivo financeiro da Rede Gerar se colocam em pauta, destacando o protagonismo dos sujeitos enquanto reivindicadores de direitos e o caráter de luta do movimento antimanicomial.

Ainda se vê uma fragilidade das políticas públicas voltadas para a saúde mental no que diz respeito ao trabalho e renda, visto que as iniciativas dependem muitas vezes de editais, apoio de instituições e doações para se manter. Há uma crescente investida do governo no desmonte da saúde pública/mental desde 2016<sup>14</sup>, mas também de uma menor ênfase da política da saúde mental brasileira na efetivação de

práticas de inclusão pelo trabalho. Assim, nota-se o cunho protagonista de sua história que os participantes do projeto apresentam, percebendo essa demanda e reivindicando aquilo que colabora para o seu bem-estar. Partindo desse cenário, entende-se a importância de relatar a história das iniciativas, demonstrando sua constituição, funcionamento e sentidos na sua relação com os diversos atores que as atravessam, levando em conta também os fatores que permeiam a produção de sentido quanto à pluralidade cultural, territorial, aspectos políticos e a relação dialógica<sup>20</sup>.

## Considerações finais

A Rede Gerar se consolida como uma iniciativa importante na saúde mental de Salvador, buscando firmar os preceitos da desinstitucionalização a partir da inclusão pelo trabalho, potencialização da autonomia e emancipação das pessoas em sofrimento mental. Compromete-se, portanto, com o desenvolvimento das potencialidades dos usuários no território e a desconstrução do estigma da loucura, a partir da interação do projeto com a sociedade. Idealizando alcançar tais objetivos, a Rede Gerar desenvolve ações com atores de diversos campos do saber, articulando e mobilizando a rede e sendo uma referência para os usuários, trabalhadores da Raps e estudantes no que tange à economia solidária e à saúde mental.

A interdisciplinaridade na construção do cuidado em saúde, enfatizando o usuário como agente ativo, possibilitou práticas inovadoras e potentes como o Gerar Virtual, que, apesar das dificuldades advindas do contexto pandêmico e da exclusão digital de muitos usuários, proporcionou novas construções e a capacidade de desenvolver habilidades para todos que participaram nas diversas esferas.

Pode-se ver, a partir da experiência aqui relatada, a importância de, como ensina Paulo Freire, fazer com e não fazer para. A construção advinda de uma prática pela liberdade, conjunta entre estudantes, pessoas em

sofrimento psíquico e profissionais de áreas diversas, traz respiro em meio ao caos e nos provoca a refletir sobre as necessidades de políticas públicas que contemplem a saúde mental em sua diversidade, especificidade e subjetividade.

Considerando todo o arcabouço descrito, percebe-se que, mesmo em meio à fragilidade das políticas públicas que lidam com a triangulação saúde mental-trabalho-renda no contexto atual, as ações desenvolvidas contribuíram para a emancipação e o viver em liberdade. Nesse sentido, espera-se que a rede siga com suas atividades, agregando os conhecimentos adquiridos no período pandêmico em

suas futuras ações, mais e mais colocando-se como um espaço interconectado de corações e mentes em defesa da vida e da reforma psiquiátrica brasileira.

## Colaboradoras

Santos C (0000-0003-0482-6187)\* contribuiu para concepção, redação e revisão crítica do manuscrito. Portugal C (0000-0003-0373-4141)\* contribuiu para redação e revisão crítica do manuscrito. Nunes M (0000-0002-5905-4199)\* contribuiu para revisão crítica do texto. ■

---

## Referências

1. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasil. Diário Oficial da União. 20 Dez 1996.
2. Brasil. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 Jun 2014.
3. Bazzo RP. Interdisciplinaridade no ensino de graduação na área da saúde: Percepção de estudantes. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
4. Azevedo AB, Pezzato LM, Mendes R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde debate*. 2017; 41(113):647-657.
5. Foucault M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975.
6. Portocarrero V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
7. Resende H. *Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Tundis AS, Costa NR. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Editora: Vozes; 2000. p. 15-73.
8. Tenório F. *A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais*. *Hist. Ciênc. Saúde – Manuais*. 2002; 9(1):25-59.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.
10. Brasil. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
11. Andrade MC, Burali MAM, Vida A, et al. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psic. Ciênc. Prof.* 2013; 33(1):174-191.
12. Singer P. Introdução à Economia Solidária. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2002.
13. Chiariello CL. Trajetória da SENAES em prosa e números. *Rev. ORG & DEMO.* 2021; 21(2):97-116.
14. Nunes MO, Mendes J, Portugal CM, et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(12):4489-4498.
15. Bakhtin M. Estética da criação verbal. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.
16. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
18. Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
19. Minayo MC. Pesquisa social: teoria e método. Petrópolis: Vozes; 2010.
20. Santiago E, Yasui S. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psic. Soc.* 2015; 27(3):700-11.
21. Mazaro LM, Matsukura TS, Lussi IAO. Economia solidária como estratégia de inclusão social pelo trabalho no campo da saúde mental: panorama nacional. *Cad. Bras. Terapia Ocup.* 2020; 28(1):127-146.

---

Recebido em 31/10/2021

Aprovado em 22/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 130836/2021-4

# Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literatura

## *Interdisciplinarity in mental health care practices: an integrative literature review*

Eduardo Giacomini<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E623

**RESUMO** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura, com o objetivo de compilar e analisar a produção teórica a respeito da expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental. A coleta se deu entre os meses de maio e agosto de 2021, nas bases BVS, SciELO, Scopus, Google Acadêmico, OpenGrey e ProQuest, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola, francesa ou italiana. Com o uso da estratégia Spider, foram definidos: cenário, assunto de interesse, desenho, avaliação e tipo de pesquisa, permitindo apresentar o perfil bibliográfico dos registros; caracterizar as práticas e analisar as características da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental. As 43 produções que compuseram o *corpus* do estudo foram examinadas de maneira descritiva e por técnica de análise de conteúdo do tipo temática, discutidas à luz do referencial teórico da saúde coletiva. Identificaram-se quatro unidades temáticas: 'conceito', 'operacionalidade', 'objetivo' e 'atributos'. Concluiu-se que existe esvaziamento teórico a respeito daquilo que caracteriza a interdisciplinaridade no cenário do trabalho em saúde mental; que a interdisciplinaridade representa oportunidade para superação do modelo biomédico de cuidado; e que existem limites e possibilidades para sua realização. Considera-se que trabalho em equipe, apoio matricial e educação permanente favorecem a atitude interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE** Práticas interdisciplinares. Saúde mental. Saúde coletiva. Equipe de assistência ao paciente.

**ABSTRACT** *This is a qualitative research, built as an integrative review focused on compiling and analyzing information on the expression of interdisciplinarity in mental health care practices. Data collection took place between May and August 2021, in the BVS, SciELO, Scopus, Academic Google, OpenGrey, and ProQuest databases, in Portuguese, English, Spanish, French, or Italian. Using the SPIDER strategy, the following were defined: scenario, subject of interest, design, evaluation, and type of research, allowing the bibliographic profile of the records to be presented; characterizing the practices and analyze the characteristics of interdisciplinarity in mental health work. The 43 productions that made up the corpus of the study were analyzed descriptively and using thematic content analysis technique, discussed in the light of the theoretical framework of collective health. Four thematic units were identified: 'concept', 'operationality', 'objective', and 'attributes'. It was concluded that there is a theoretical emptying regarding what characterizes interdisciplinarity in the mental health work scenario; that interdisciplinarity represents an opportunity to overcome the biomedical model of care; and that there are limits and possibilities for its realization. Teamwork, matrix support, and continuing education are considered to favor an interdisciplinarity attitude.*

**KEYWORDS** *Interdisciplinary placement. Mental health. Public health. Patient care team.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Toledo (PR), Brasil.  
eduardo.giacomini@ufpr.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.



## Introdução

Debates acerca da interdisciplinaridade são perpetrados, há muito, por pensadores, pesquisadores e trabalhadores de várias áreas do conhecimento. O tema já era discutido na Grécia Antiga, mas, com o advento do modelo cartesiano e sua hegemonia sobre o método científico, essas reflexões sofreram um refluxo<sup>1</sup> até que, recentemente, passassem a ocupar o centro de discussões em diversos campos. A despeito disso, parece não haver consenso a respeito do conceito de interdisciplinaridade<sup>2</sup>.

A proposta interdisciplinar supera atitudes multidisciplinares e multiprofissionais apesar de contê-las. Envolve a concatenação de perspectivas e métodos durante todo o processo de estudo de um objeto e gera, ao final, um produto chamado transdisciplinar, com potencialidade para subsidiar a prática transformadora<sup>3</sup>.

A perspectiva interdisciplinar amplifica a possibilidade de que propostas de cuidado possam alcançar o sujeito e seus coletivos integralmente, em seus complexos planos de vida. A ideia de integralidade, que compõe o campo da saúde coletiva, favorece a relação entre saberes na produção de cuidados que extrapolem o foco sobre a doença e que favoreçam o olhar sobre dois sujeitos – aquele que oferece e aquele que provê a atenção<sup>4</sup>.

O campo da saúde coletiva construiu-se sob a égide de movimentos sociais e sanitários, e pelo esforço crítico de pensadoras e pensadores que se opunham às qualidades atomista e biologicista do modelo biomédico, sugerindo a compreensão da realidade a partir do seu plano concreto, repleto de dinamismo, facetas, interações e oposições. Os movimentos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial inscreveram-se, na década de 1970, como parte desses movimentos situando-se em oposição às institucionalizações em hospitais psiquiátricos e em defesa da ideia de que sujeitos deveriam ser compreendidos em sua complexidade, dentro de seu contexto de vida, e não apenas em função de sintomas mentais<sup>5</sup>.

No Brasil, influenciado pela experiência internacional de desinstitucionalização, o movimento da Reforma Psiquiátrica floresceu à época em que psiquiatria comunitária e preventiva se estabeleciam como força de combate às práticas asilares e manicomiais, perpetradas por Estados autoritários e por políticas de saúde privatistas<sup>6</sup>. Comum à Reforma Psiquiátrica e à Reforma Sanitária, emergiu a concepção de saúde como potência para provocar a transformação social<sup>7</sup>. Em consonância com ideários do campo da saúde coletiva, a Reforma Psiquiátrica brasileira representou o esforço de superação de modelos disciplinares de atenção à saúde – excessivamente fragmentários, organicistas e individualizados –, sinalizando o valor da integração de trabalhadores e campos disciplinares distintos na construção de novas relações entre sociedade, sofrimento psíquico e instituições, dirigidas a uma prática cidadã e substitutiva do modelo manicomial<sup>6,7</sup>.

Em amplo sentido, a atitude interdisciplinar envolve inclinar-se à complexidade de objetos e à integração de perspectivas, em contraponto ao que o modelo científico vigente apregoa: a fragmentação do conhecimento em campos disciplinares cada vez mais restritos e especializados, isolados em seus constructos teóricos e práticas. Neste estudo, partindo-se de uma revisão integrativa de literatura e sob o referencial teórico da saúde coletiva, objetivou-se compilar e analisar a produção teórica a respeito da expressão da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental.

## Material e métodos

### Estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa de literatura.

As revisões integrativas de literatura constituem-se como ferramentas de particular importância no campo da saúde, à medida que propiciam investigações bibliográficas a

respeito de determinada temática e são capazes, assim, de orientar práticas fundamentadas pelo conhecimento científico<sup>8</sup>. Neste estudo, adotaram-se pressupostos sugeridos por Ganong<sup>9</sup> que, juntos, compõem um contíguo de passos garantidores da obtenção, identificação, análise e síntese de dados, capazes de atribuir rigor metodológico às revisões integrativas de literatura. Em sequência, esses pressupostos compreenderam as etapas de: seleção das hipóteses ou questões para a revisão; seleção da composição da amostra; categorização dos estudos que compõem a amostra; análise dos achados; interpretação dos resultados; e relato da revisão<sup>9</sup>.

Para a elaboração das perguntas de pesquisa, utilizou-se a estratégia Spider, que

auxilia a busca e a seleção de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, tornando a revisão mais robusta<sup>10</sup>. A estratégia é útil na estruturação de questões para estudos de métodos qualitativos e mistos e representa, literalmente, um acrônimo: a letra 'S' simboliza as palavras 'Setting/Cenário'; as letras 'PI', os termos 'Phenomenon of Interest/Assunto de interesse'; a letra 'D', as palavras 'Design/Desenho'; a letra 'E', as palavras 'Evaluation/Avaliação'; e, por fim, a letra 'R' corresponde aos termos 'Research Type/Tipo de pesquisa'<sup>11</sup>. No *quadro 1*, estão apresentadas as sistematizações relativas a cada uma das unidades do acrônimo.

Quadro 1. Sistematizações com base na estratégia Spider

S - CENÁRIO	Serviços de saúde.
PI - ASSUNTO DE INTERESSE	Práticas de cuidado em saúde mental consideradas, pelos autores, como interdisciplinares; ou discussão teórica a respeito da interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental.
D - DESENHO	As únicas restrições em relação ao desenho são a exclusão de pesquisas realizadas como revisões bibliográficas narrativas; revisões bibliográficas integrativas; editoriais; e conteúdos publicados em <i>sites</i> , <i>blogs</i> ou revistas que não cumpram padrões científicos de produção.
E - AVALIAÇÃO	Perfil dos registros selecionados; características das intervenções oferecidas e das equipes que as conduzem; e atributos conceituais e teóricos da interdisciplinaridade aplicada no trabalho em saúde mental.
R - TIPO DE PESQUISA	Considera-se a seleção de estudos qualitativos, quantitativos, qualiquantitativos e suas variações.

Fonte: elaboração própria.

Partindo da sistematização favorecida pelo uso da ferramenta Spider, foram concebidas três perguntas de pesquisa: 1. Qual o perfil bibliográfico dos registros selecionados?; 2. Quais as características das práticas interdisciplinares no contexto do trabalho em saúde mental, no conjunto das publicações eleitas?; e 3. Quais as características atribuídas à interdisciplinaridade na cena do trabalho em saúde mental?

Consultas preliminares e não sistematizadas, em bases de dados, revelaram não ser volumosa a produção relativa à interdisciplinaridade na conjuntura das práticas de cuidado em saúde mental. Por isso, decidiu-se maximizar a chance de obtenção de registros não se empregando limites para o ano das publicações, e ampliando-se as consultas para bases de literatura cinzenta, as quais compreendem meios inabituais de divulgação científica e,

assim, podem conter variados tipos de publicações<sup>12</sup>. As buscas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2021, em meio virtual on-line, e incluíram registros que estivessem adequados a parâmetros de seleção preestabelecidos. Como critérios de inclusão, adotaram-se estudos: publicados em qualquer ano e por qualquer país; disponíveis gratuita e integralmente no sistema pesquisado; publicados nas línguas: portuguesa, inglesa, espanhola, francesa ou italiana; que descrevessem práticas de cuidado em saúde mental classificadas, pelos autores, como interdisciplinares, ou que discutissem, conceitualmente, a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental. Os critérios de exclusão observados foram: editoriais; revisões narrativas ou integrativas de literatura; textos publicados em *sites* ou *blogs* não científicos; textos sem rigor metodológico.

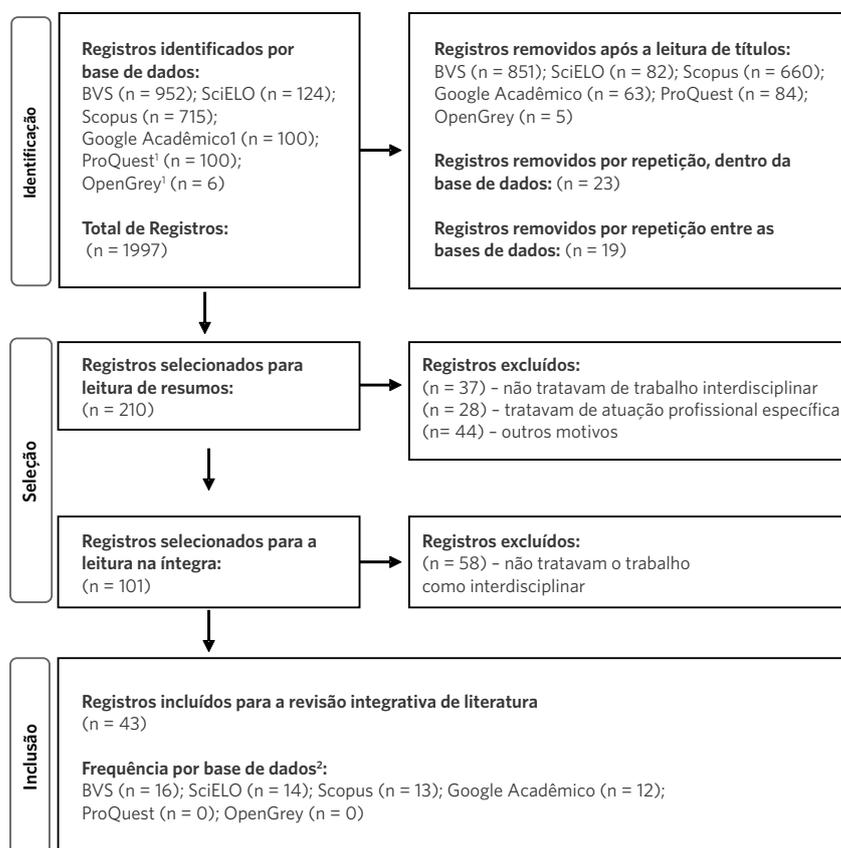
Optou-se por realizar buscas nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus; Google Acadêmico; OpenGrey; e ProQuest – sendo, as três últimas, bases de literatura cinzenta.

Para a escolha dos termos de pesquisa, foram consultados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que fazem parte de um vocabulário trilingue criado pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e inspirado no Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine, com vistas à indexação, à pesquisa e à recuperação de material científico<sup>13</sup>. O descritor eleito foi ‘Saúde Mental’. Esse descritor, nas consultas,

foi associado às palavras ‘interdisciplinar’ e ‘interdisciplinaridade’ pelo uso de operadores lógicos booleanos, que são elementos definidores das relações entre termos, nas buscas em bases de dados de literatura científica<sup>14</sup>. Foram escolhidas as combinações entre os descritores, termos e operadores que resgatassem mais registros. Assim, nas bases BVS e SciELO, os termos foram operados na forma: interdisciplinar\$ AND “saúde mental”; e nas bases Scopus, Google Acadêmico, ProQuest e OpenGrey, a operação escolhida foi: interdisciplinar\$ AND “saúde mental” OR “*mental health*” OR “*salud mental*” OR “*santé mentale*” OR “*salute mentale*”.

Na primeira fase de busca, 1.997 registros foram recuperados. Importa destacar que as bases de dados de literatura cinzenta costumam listar extensas quantidades de publicações, por esse motivo, selecionaram-se até os 100 primeiros registros arrolados, em cada uma delas; enquanto nas bases de dados de literatura não cinzenta, a totalidade dos estudos listados foi selecionada na etapa inicial. Após a leitura de todos os títulos, foram selecionados 210 textos para a apreciação dos resumos que, depois de lidos completa e exaustivamente, levaram à escolha de 101 registros para leitura integral, dos quais selecionaram-se 43 para a amostra bibliográfica final. A descrição pormenorizada da fase de seleção dos registros está expressa na *figura 1*, que foi adaptada a partir da proposta de fluxograma para revisões sistemáticas de literatura ‘PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only’<sup>15</sup>.

Figura 1. Fluxo de identificação e seleção de registros



Fonte: elaboração própria, adaptado de Prisma<sup>15</sup>.

<sup>1</sup> Nestas bases, reconhecidas como de literatura cinzenta, foram considerados até os 100 primeiros registros listados - na base Google Acadêmico, foram listados, na busca, inicial mais de 21.200 registros, e na ProQuest, mais de 1.600.

<sup>2</sup> Indica o número de registros, entre os selecionados, que a base de dados contém.

A falta de relação entre interdisciplinaridade e trabalho em saúde mental e o foco em atuações profissionais específicas, não ligadas à interação profissional, foram os principais motivos para a exclusão de registros.

A fim de organizar as informações de forma descritiva e garantir que fossem reunidas abrangente e equitativamente, criou-se um instrumento de coleta de dados inspirado em outras ferramentas empregadas em revisões integrativas de literatura: uma validada por Ursi<sup>16</sup> e outra proposta por Azevedo<sup>17</sup>. A análise de cada registro selecionado levou à sistematização de dados sobre sua identificação; instituição de estudo; tipo de publicação;

características metodológicas empregadas; avaliação do rigor metodológico - incluindo nível de evidência científica; e sobre a recuperação de trechos em que características atribuídas à interdisciplinaridade, na cena dos cuidados em saúde mental, estivessem exploradas. Foram considerados como nível 1 de evidência as metanálises ou ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, os estudos individuais com desenho experimental; nível 3, os estudos quase-experimentais; nível 4, os estudos descritivos não experimentais ou com abordagem qualitativa; nível 5, os relatos de caso ou de experiências; e nível 6, as experiências obtidas da opinião de especialistas<sup>8</sup>.

Os excertos voltados à caracterização da interdisciplinaridade receberam tratamento de acordo com técnica de análise de conteúdo do tipo temática, e com o amparo do aplicativo on-line QDA Miner Lite, que consiste em um programa gratuito, direcionado ao exame de dados de natureza qualitativa<sup>18,19</sup>. As passagens recuperadas foram lidas de maneira flutuante; e observando-se regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade

e pertinência, chegou-se ao *corpus* textual da amostra<sup>18</sup>. Estatísticas descritivas a respeito da frequência de dados coletados foram geradas.

## Resultados

Características ligadas à identificação e às questões de pesquisa dos 43 textos eleitos estão expressas no *quadro 2*.

Quadro 2. Identificação dos estudos de acordo com título, autores, ano de publicação, base de dados, idioma, país e objetivo da pesquisa

Título / autores / ano de publicação	Base de dados	Idioma	País	Objetivo / questão de pesquisa
"A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil" (Anjos Filho; Souza, 2017).	BVS SciELO	Português	Brasil	Conhecer a percepção dos profissionais integrantes de uma equipe sobre o trabalho multiprofissional.
"Acompanhamento terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial" (Pitiá, 2013).	SciELO	Português	Brasil	Discutir a relação entre a ação do acompanhamento terapêutico e a interdisciplinaridade em saúde, imiscuída ao campo da atenção psicossocial.
"An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia" (Mayer-Amberg; Woltmann; Walther, 2016).	Scopus	Inglês	Suíça	Avaliar o impacto do cuidado integrado na hospitalização e satisfação de indivíduos esquizofrênicos.
"An interdisciplinary mental wellbeing intervention for increasing flourishing: two experimental studies" (Przybylko; Morton; Morton; Renfrew; Hinze, 2021).	Scopus	Inglês	EUA	Investigar se uma intervenção interdisciplinar on-line, é capaz de impactar o 'florescimento'.
"An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms" (Markle-Reid; McAiney; Forbes; Thabane; Gibson; Browne; Hoch; Peirce; Busing, 2014).	Scopus	Inglês	Inglaterra	Examinar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção interprofissional, liderada por enfermeiros, na promoção da saúde mental, em idosos sob cuidados domiciliares.
"Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica" (Moreira; Torrenté; Jucá, 2018).	Scopus	Português	Brasil	Analisar as práticas de acolhimento a crianças e adolescentes desenvolvidas pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
"Arte e mediação terapêutica: sobre um dispositivo com adolescentes na clínica-escola" (Lima; Martins; Rocha; Parente Junior; Castro; Pinheiro; Domingues, 2013).	BVS	Português	Brasil	Construir um dispositivo clínico interdisciplinar, privilegiando a mediação terapêutica da arte.
"Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família" (Reis; Medeiros; Pacheco; Caixeta, 2016).	Scopus	Português	Brasil	Compreender os significados atribuídos pelos atores de cuidado ao trabalho desenvolvido em uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
"Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade" (Schneider; Souza; Nasi; Camatta; Machineski, 2009).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre a interdisciplinaridade
"Construindo saberes no trabalho em saúde mental: experiências de formação em saúde" (Rosa; Andrade; Oliveira; Silva; Ferreira; Inácio; Arađjo, 2015).	SciELO Scopus	Português	Brasil	Apresentar experiências desenvolvidas a partir da interação entre saberes na área da saúde mental, mediadas pelo Projeto PET-Saúde/Redes de Atenção.
"Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infantojuvenil" (Brandão Junior; Canavêz; Ramos, 2017).	SciELO	Português	Brasil	Relatar uma experiência pautada na lógica de uma assistência ambulatorial ampliada, em articulação com o campo da educação.

Quadro 2. (cont.)

<b>Título / autores / ano de publicação</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Idioma</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo / questão de pesquisa</b>
"Experiências de uma equipe interdisciplinar de saúde mental" (Moretto; Terzis, 2012).	BVS	Português	Brasil	Investigar, descrever e compreender algumas experiências emocionais de uma equipe interdisciplinar de saúde mental.
"Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial" (Pessoa; Jorge; Lourinho; Catrib, 2018).	BVS Google Acadêmico SciELO	Português	Brasil	Compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial.
"Grupo Terapêutico Interdisciplinar: experiência entre farmácia e psicologia" (Lopes; Almeida; Gomes; Silva; Lima; Dantas; Gondim, 2017).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Descrever a experiência interdisciplinar vivida por graduandos de Farmácia e de Psicologia no acompanhamento de grupos terapêuticos de uma Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
"Interdisciplinaridade e Atenção à Saúde Mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): produção de sentidos e subjetividades" (Oliveira, 2018).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Investigar significados da interdisciplinaridade no cuidado em saúde mental para profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial.
"Interdisciplinaridade: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental" (Azevedo; Filha; Silva; Faustino; Araruna; Barros, 2012).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Identificar estratégias desenvolvidas em serviços substitutivos, que visem à interdisciplinaridade no contexto das ações em saúde mental e da reabilitação psicossocial.
"Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial" (Jorge; Sales; Pinto; Sampaio, 2010).	BVS Google Acadêmico	Português	Brasil	Analisar o processo de trabalho da equipe de profissionais de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial (Caps).
"Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study" (Sanchez; Eghaneyan; Mitschke, 2014).	Scopus	Inglês	EUA	Examinar a implementação de um modelo de assistência colaborativa em uma clínica de atenção primária.
"O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar" (Rocha, 2005).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Aprofundar o conhecimento sobre a inserção do enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial.
"O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo" (Jafelice; Marcolan, 2018)	BVS	Português	Brasil	Analisar como profissionais compreendiam a multi, inter e transprofissionalidade e como essas práticas aconteciam nos Caps de São Paulo/SP.
"O trabalho psicossocial em rede: uma experiência no município de Cajamar" (Ansara; Taffarello, 2015).	BVS	Português	Brasil	Relatar a experiência de uma prática psicossocial comunitária, a partir dos serviços do Centro de Referência e Assistência Social (Cras).
"Objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe itinerante em saúde mental" (Eslabão; Pinho; Coimbra; Lima; Camatta; Santos, 2018).	BVS	Português	Brasil	Analisar objeto e tecnologias do processo de trabalho de uma equipe Itinerante de atenção a usuários de drogas.
"O trabalho com grupos no PAIF: um diálogo interdisciplinar com a oficina de intervenção psicossocial" (Afonso; Fadul, 2015).	BVS	Português	Brasil	Sistematizar as contribuições da Oficina de Intervenção Psicossocial para o trabalho com grupos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif).
"Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação" (Furtado; Laperrière; Silva, 2014).	SciELO	Português	Brasil	Avaliar a situação de moradia de duas clientelas de pessoas com Transtorno Mental Grave, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.
"Percepções sobre o processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil" (Beloti; Quintanilha; Tristão; R. Neto; Avellar, 2017).	SciELO Scopus	Português	Brasil	Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho e a produção do cuidado, diante da fusão de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas infanto-juvenil a um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.
"Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã" (Fonseca; Gallassi, 2021).	SciELO	Português	Brasil	Investigar as práticas extramuros realizadas pelos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Quadro 2. (cont.)

<b>Título / autores / ano de publicação</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Idioma</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo / questão de pesquisa</b>
“Práticas psicossociais em psicologia: um convite para o trabalho em rede” (Oliveira; Caldana, 2014).	BVS	Português	Brasil	Apresentar reflexões de psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial sobre aspectos de suas práticas psicossociais.
“Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta” (Silveira, 2012).	BVS SciELO	Português	Brasil	Abordar a dissociação entre a saúde mental e a saúde pública e as práticas que propõem sua integração; analisar documentos em saúde que referem essa necessidade de integração.
“Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de centros de atenção psicossocial” (Silva; Oliveira Filho, 2013).	SciELO	Português	Brasil	Analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe.
“Programa ‘UEPG Abraça’: uma perspectiva interdisciplinar sobre a saúde mental na universidade” (Floriano; Martins; Brabicowski; Silva, 2020).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Discorrer sobre as atividades desenvolvidas pelo serviço de atenção psicossocial Programa ‘UEPG Abraça’, e relatar a perspectiva da equipe multiprofissional sobre o processo de trabalho.
“Psicologia e trabalho interdisciplinar na Atenção Primária: um relato de experiência” (Mesquita; Perucchi; Mattos, 2017).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Apresentar um relato de experiência sobre a atuação de uma residente de psicologia em uma equipe multiprofissional.
“Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova” (Couto; Schimith; Dalbello-Araujo, 2013).	BVS	Português	Brasil	Analisar os desdobramentos de uma intervenção ocorrida durante o projeto de estágio ‘Psicologia e Saúde Coletiva: Promovendo a Saúde na Comunidade’, em uma UBS.
“Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento” (Fortes; Menezes; Athié; Chazan; Rocha; Thiesen; Ragoni; Pithon; Machado, 2014).	BVS SciELO Scopus	Português	Brasil	Analisar a participação da Psiquiatria na organização da assistência em saúde mental centrada na APS.
“Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde” (Vasconcelos; Jorge; Pinto; Pinto; Simões; Maia Neto, 2012).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Analisar a estratégia de apoio matricial e seus constantes desdobramentos.
“Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais” (Santos; Pessoa Junior; Miranda, 2018).	BVS	Português	Brasil	Verificar a adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais de nível superior nos serviços da rede de atenção psicossocial de uma capital do Nordeste brasileiro.
“Relations between mental health team characteristics and work role performance” (Fleury; Grenier; Bamvita; Farand, 2017).	BVS	Inglês	Canadá	Determinar a associação entre o desempenho da função de trabalho e uma ampla gama de variáveis relacionadas à eficácia das equipes; avaliar a covariância entre cada uma dessas variáveis, e a correlação com variáveis externas.
“Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do ‘Cândo Ferreira’, em Campinas” (Queiroz; Delamuta, 2011).	Google Acadêmico SciELO	Português	Brasil	Analisar o processo de reforma psiquiátrica a partir de um foco dirigido ao trabalho interdisciplinar de um serviço de saúde.
“Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos” (Scheffer; Silva, 2014).	SciELO	Português	Brasil	identificar o acesso dos portadores de transtorno mental à rede e analisar trabalho intersetorial de equipe.
“The effectiveness of an online interdisciplinary intervention for mental health promotion: a randomized controlled trial” (Przybylko; Morton; Kent; Morton; Hinze; Beamish; Renfrew, 2021).	Scopus	Inglês	Inglaterra	Examinar se uma intervenção interdisciplinar on-line foi capaz de melhorar medidas de saúde mental e bem-estar emocional.

Quadro 2. (cont.)

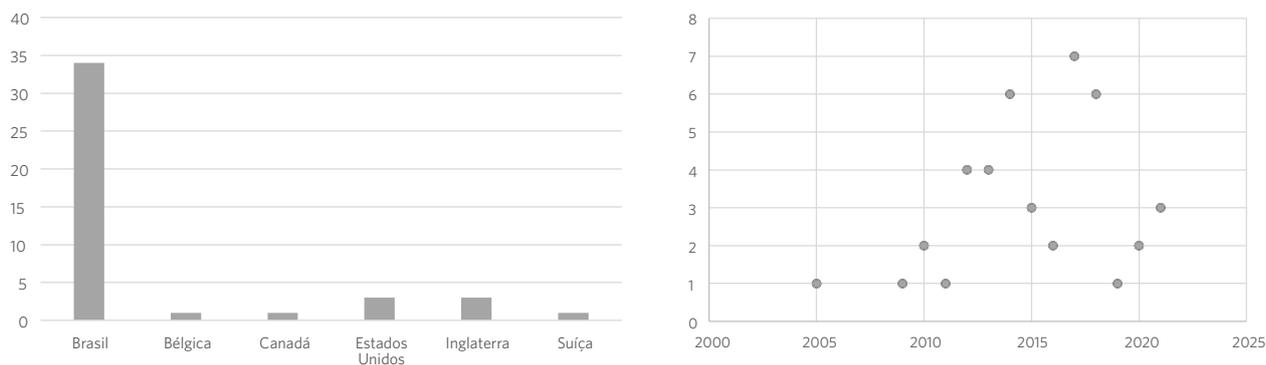
Título / autores / ano de publicação	Base de dados	Idioma	País	Objetivo / questão de pesquisa
"The Missouri Prevention Center: a multidisciplinary approach to reducing the societal prevalence and burden of youth mental health problems" (Herman; Reinke; Thompson; Hawley, 2019).	BVS Scopus	Inglês	EUA	Descrever as contribuições multidisciplinares do Missouri Prevention Center na melhora de aspectos sociais, comportamentais e emocionais de jovens.
"Trabalho em Equipe na Saúde Mental: o desafio interdisciplinar em um Caps" (Vasconcellos, 2010).	Google Acadêmico	Português	Brasil	Investigar as possibilidades e os obstáculos da integração interdisciplinar Centro de Atenção Psicossocial.
"Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams" (Kebe; Chiocchio; Bamvita; Fleury, 2020).	SciELO Scopus	Inglês	Inglaterra	Este estudo tem dois objetivos: primeiro, identificar, analisar e comparar variáveis associadas à colaboração interprofissional em equipes de trabalhadores da saúde mental.
"Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: a belgian qualitative study" (Broeck; Ketterer; Remmen; Vanmeerbeek; Destoop; Dom, 2017).	Scopus	Inglês	Bélgica	Identificar limites para a colaboração interdisciplinar entre médicos no tratamento de pacientes gravemente deprimidos; identificar e medir variáveis que podem contribuir para melhorar a colaboração entre o primeiro e o segundo nível de atenção à saúde belga, no tratamento de pacientes deprimidos.

Fonte: elaboração própria.

A base de dados que concentrou maior ocorrência de registros, entre os da amostra final, foi a BVS, com 16,29% (n = 16) deles; seguida da SciELO, com 14,25% (n = 14); da Scopus, com 13,29% (n = 13); e da Google Acadêmico, com 12,22% (n = 12). A maioria das pesquisas

selecionadas procedeu do Brasil e foi publicada, mais frequentemente, entre os anos de 2010 e 2012, como se pode observar no gráfico 1. A língua predominante foi o português, em 79% (n = 34) da amostra, seguida do inglês, em 21% (n = 9) dela.

Gráfico 1. País e ano de publicação



Fonte: elaboração própria.

Nota: À esquerda, a frequência das publicações por país; à direita, a dispersão do número de publicações por ano.

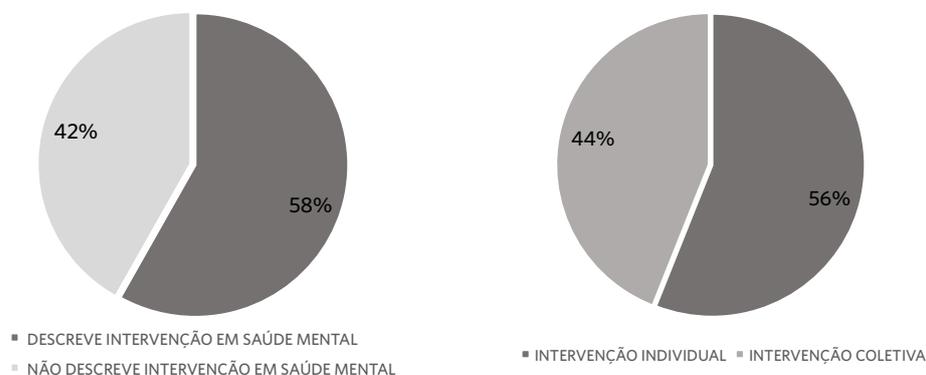
Das publicações, 81% (n = 35) derivaram da área da saúde enquanto 19% (n = 8) partiram de outras áreas. A maioria das investigações foi desenvolvida sob métodos qualitativos de pesquisa e conduzida, sobremaneira, pelo fulcro da psicologia, saúde coletiva e da pesquisa interdisciplinar.

A respeito do nível de evidência, 51% (n = 22) dos estudos correspondiam ao nível 4 – estudos descritivos não experimentais ou com abordagem quantitativa; 44% (n = 19), ao nível 5 de evidência – relatos de caso ou de experiência; em torno de 2% (n = 1), ao nível 2 – estudo individual com desenho experimental;

e aproximadamente 2% (n = 1), ao nível de evidência 1 – metanálises ou ensaios clínicos randomizados controlados.

A maior parte dos textos, como se pode notar no *gráfico 2*, vinculava alguma descrição, mesmo que sumária, a respeito de práticas interdisciplinares de cuidado em saúde mental, as quais costumavam dirigir-se predominantemente a indivíduos do que a coletivos. As intervenções individuais preferidas foram o acolhimento, o atendimento ambulatorial, a interconsulta, o apoio psicossocial e o atendimento domiciliar, ao passo que as coletivas priorizaram educação em saúde e encontros em grupos e oficinas.

Gráfico 2. Tipo de intervenção



Fonte: elaboração própria.

Nota: À esquerda, a proporção de publicações que continham ou não a descrição de práticas interdisciplinares de intervenção em saúde mental; à direita, o tipo de intervenção realizada.

As pesquisas que trouxeram panoramas a partir de espaços de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) compuseram a maior parte da amostra, aproximadamente 37% (n = 16) dela. Os atores das práticas de cuidado foram, mais frequentemente, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, seguidos por enfermeiros, médicos generalistas, estudantes, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e técnicos em enfermagem.

A tarefa de recuperação de passagens que caracterizassem a interdisciplinaridade no

contexto das práticas de cuidado em saúde mental resultou na identificação de 54 excertos, advindos de 26 estudos diferentes, dos quais 96% (n = 25) eram brasileiros. No *corpus* textual, reconheceram-se quatro unidades temáticas: ‘conceito’, ‘operacionalidade’, ‘objetivo’ e ‘atributos’.

A categoria ‘atributos’, pela qual se identificaram os principais elementos que predicam a prática interdisciplinar em saúde mental, revelou: a capacidade de interação entre os trabalhadores que compõem uma equipe de

atenção; a habilidade em relacionar saberes e disciplinas de modo horizontalizado; e o constante foco na construção objetiva de um plano terapêutico. Parte dessa ideia pode ser observada na narrativa que segue:

Assim sendo, a proposta do NASF é trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS, em ações de interconsulta, discussão de casos, consultas conjuntas e visitas domiciliares para caracterização dos problemas específicos de sua demanda, desenvolvimento de novos tipos de intervenção terapêutica, estruturação da rede de cuidado em saúde e de parcerias inter-setoriais com os recursos comunitários<sup>20(1083)</sup>.

A categoria ‘operacionalidade’, pela qual se buscou inferir quais os recursos fundamentais para que uma atitude interdisciplinar de atenção à saúde mental pudesse ser realizada, revelou que as reuniões profissionais em equipe e a efetiva comunicação entre os profissionais surgem como a principal tecnologia operacional.

Pela categoria temática ‘conceito’, pretendeu-se explorar aquilo que definisse interdisciplinaridade na cena do cuidado em saúde mental. Essencialmente, essa conceituação referiu-se a um trabalho desempenhado por vários profissionais com formações diferentes.

A categoria temática ‘objetivos’, que compreende suposições sobre quais seriam as principais finalidades ao se investirem cuidados interdisciplinares àqueles que manifestam sofrimento mental, indicou a intenção de superação de modelos tradicionais de atenção, a ampliação do cuidado, a atenção às coletividades, a solução de impasses atuais no cuidado em saúde mental e a integralidade da assistência. No excerto que segue, alguns desses elementos podem ser identificados:

O trabalho interdisciplinar tornou-se um dos grandes avanços na reforma psiquiátrica em todo o mundo, por proporcionar integralidade na assistência a pessoas em situação de sofrimento psíquico, de forma a compartilhar os

saberes e sanar as deficiências e dúvidas nos momentos mais necessários<sup>21(964)</sup>.

Ao apresentarem as conclusões ou as discussões de pesquisa, os autores dos documentos selecionados expuseram limites e possibilidades para a realização do trabalho interdisciplinar, no bojo da atenção em saúde mental. O principal impasse, apontado em cerca de um terço dos registros, foi ausência de formação para a atitude interdisciplinar; tanto durante a graduação profissional quanto – e principalmente – nos espaços de trabalho. Em 23% (n = 10) dos registros, a postura disciplinar, reproduzida em práticas individuais e não conectadas ao fazer de outros profissionais, representou barreira para a consolidação da interdisciplinaridade, tal como a desarticulação da gestão de serviços à proposta interdisciplinar e a dificuldade para a programação de espaços regulares de reuniões de equipe. A influência do modelo biomédico e a dificuldade para a interação intersectorial, assim como a precarização de vínculos empregatícios, foram notadas, com menor frequência, como limites. Em relação às possibilidades, houve predomínio apontamento, entre as publicações, do potencial transformador que as práticas interdisciplinares guardam em relação aos processos de trabalho em saúde, e do apoio matricial como ferramenta capaz de favorecê-las. Outras potencialidades, como a redução de tempo de institucionalização, atenção integral, participação popular e comunicação intersectorial, também, em menor frequência, foram ligadas ao trabalho interdisciplinar em saúde mental.

## Discussão

O material selecionado é predominantemente brasileiro e datado dos últimos dez anos. Essa ocorrência pode se ligar à liderança mundial do Brasil nas publicações de pesquisas científicas com acesso aberto, bem como ao papel que o campo da saúde coletiva brasileira tem, desde

a reforma sanitária, na criação de espaços críticos que permitem reflexões sobre novas práticas de cuidado e sobre a apropriação e compartilhamento de saberes<sup>22,23</sup> – o que, essencialmente, liga-se à ideia de trabalho interdisciplinar.

As observações a respeito do tempo e da procedência dos registros levam a duas constatações: uma diz respeito à escassez de publicações de países latino-americanos sobre a temática, países que estiveram e estão envolvidos na estruturação da saúde coletiva como campo teórico; e a outra dirige-se ao fato de que, ainda que discutida desde a antiguidade, a interdisciplinaridade não ganhou espaço permanente na cena da produção científica ligada ao trabalho em saúde mental, alcançando-a apenas nos dez últimos anos, e de modo tímido.

No campo da saúde mental, há de se reconhecer o protagonismo brasileiro na incorporação de novas formas de cuidado. As políticas públicas brasileiras dirigidas à saúde mental mudaram sensivelmente nos últimos anos, como resultado de movimentos nacionais e internacionais que incorporaram ideários da medicina preventiva e social, e que conceberam outras noções de interdisciplinaridade e gestão<sup>24</sup>. Ainda que datem dos anos 1970 os primeiros arroubos da Reforma Psiquiátrica brasileira, apenas mais recentemente ela foi impulsionada no País, quando, em 2001, aprovou-se a Lei nº 10.216/2001 e instituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e quando, em 2011, implementou-se a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), regulamentada por meio da Portaria nº 3.088/2011<sup>25</sup>. As novas composições propulsadas pela Raps favorecerem a incorporação de trabalhadores com formações diferentes em um modelo de cuidado que pretendia substituir os hospitais psiquiátricos e instalar-se na base das comunidades<sup>25</sup>. Acredita-se que a recente experiência brasileira na estruturação de serviços públicos de atenção à saúde mental, organizados sob a lógica de trabalho de equipes multiprofissionais, fomentou – sobremaneira nos últimos anos – a discussão política, social e teórica a respeito das estratégias interdisciplinares de atuação.

As áreas de psicologia, saúde coletiva e as pesquisas interdisciplinares foram as mais frequentes fundadoras dos estudos selecionados que, em sua maioria, realizaram-se sob uma abordagem qualitativa. Os métodos qualitativos são valiosos nas pesquisas em saúde quando se deseja assimilar um tema de modo holístico e interpretativo<sup>26</sup>; nesse sentido, a tradição dessas áreas de penetrar o cenário material e subjetivo dos seus objetos de investigação provavelmente influenciou a escolha por essas abordagens de pesquisa. Os profissionais de saúde que tradicionalmente intervêm sobre questões psíquicas – como psiquiatras e psicólogos – foram os mais envolvidos nas práticas descritas, o que revela um conservadorismo a respeito de quem deve protagonizar o cuidado em saúde mental.

Em uma perspectiva em que o sujeito, em seu território e amplo contexto de vida, é o cerne da intervenção, outras redes setoriais, como cultura, esporte, lazer, deveriam ser envolvidas na discussão e na proposição de cuidados, em um ato que abarca a consolidação do diálogo intersetorial e que deve, fundamentalmente, ser conduzido por agendas de gestão da saúde.

## **Limites e possibilidades para a realização do trabalho interdisciplinar**

A atitude interdisciplinar sofre, no palco da atenção em saúde mental, limitações, mas também indica novas possibilidades de trabalho.

Notou-se que a maioria das publicações trazia descrições a respeito de uma atitude de cuidado interdisciplinar voltada à saúde mental, frequência indicadora de que o palco da prática instiga, a partir da experiência, reflexões e pesquisas. A marcante recorrência de investigações do tipo estudo de caso ou relato de experiência corrobora o papel fundador que as vivências assumem para produções científicas sobre interdisciplinaridade no

trabalho em saúde mental, já que ambos os tipos – estudos de caso e relatos de experiência – são estratégias metodológicas que observam e discutem realidades concretas. Apesar de, a eles, não se atribuírem altos níveis de evidência científica, constituem-se como profícuos indicadores de situações particulares que, em conjunto, podem traduzir contextos complexos. Contudo, a escassa variedade de abordagens metodológicas e disciplinares que se voltem à compreensão da atitude interdisciplinar no cuidado em saúde mental dificulta uma compreensão ampla e aprofundada do tema.

Entre as práticas descritas, foram mais registradas aquelas voltadas a indivíduos, mas não distantes, em frequência, das dirigidas a coletividades. Neste último caso, ganharam destaque a realização de grupos terapêuticos, de oficinas, e a educação em saúde – a qual, caracteristicamente, realiza-se considerando as experiências e saberes das pessoas em seus planos concretos de vida, sob a lógica da relação entre três grupos: profissionais interessados em prevenção e promoção de saúde; gestores; e usuários<sup>27</sup>. Nesse sentido, a educação em saúde vincula a ideia primeira da interdisciplinaridade – a integração de atores e saberes – e expressa o interesse encontrado no campo da saúde coletiva em entender os sujeitos em seu território – o qual envolve a determinação de espaços em constante construção, marcados pelo dinamismo e pelas peculiaridades de suas populações<sup>28</sup>.

Há de se acentuar que, no polo de propostas contra-hegemônicas de cuidado, a interdisciplinaridade poderia justificar a penetração e a investigação da realidade social dos indivíduos, das suas comunidades e culturas, a observação da composição histórica e temporal dos sujeitos, e inovar as formas de se realizar o trabalho em saúde. Ao contrário disso, a avaliação da amostra bibliográfica pode revelar que práticas consideradas interdisciplinares mantinham características perpetradas por um modelo hegemônico de cuidado, empenhado na abordagem de sujeitos individuais e em estratégias de atenção consolidadas por atitudes de atendimento ambulatoriais.

Também, como empecilho para o exercício interdisciplinar, foi destacada a rigidez das disciplinas da saúde que, regidas pelo modelo biomédico, contribuem para a objetificação dos sujeitos a um corpo orgânico, e deste corpo às suas mínimas partes. A formação profissional, orientada por esse mesmo modelo, instrui a especialização de trabalhadores que, ao lidarem com fragmentos do indivíduo, perdem a capacidade de entendê-lo em totalidade e que, ao guiarem-se pelos seus rígidos núcleos de saber, tornam-se pouco habilidosos para o diálogo com outros campos do conhecimento.

O trabalho interdisciplinar exige a ruptura dos limites da disciplina, o reconhecimento do valor dos diversos campos do conhecimento e a disposição para a interação dedicada.

O estabelecimento de uma prática interdisciplinar requer profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com conhecimentos específicos, capazes de articulá-los com a rede de saberes, envolvidos no sistema de saúde<sup>29(404)</sup>.

Entretanto, nenhuma ação interdisciplinar se realiza sem que haja ambientes que favoreçam o encontro entre diferentes profissionais. Os Caps são retratos de espaços dessa coexistência pretendida; e, provavelmente por isso, foram frequentemente citados nos estudos selecionados. São eles a principal estratégia brasileira para a superação de um modelo asilar de atenção aos doentes mentais em favor de uma assistência cidadã, comunitária e territorializada, facilitadores da aproximação dos saberes da saúde coletiva e da saúde mental, em direção a atitudes interdisciplinares de cuidado<sup>30</sup>. Assim, é razoável afirmar que as características das políticas públicas de saúde mental intervêm na forma como o cuidado é planejado e executado, o que confere ao Estado e aos gestores poder de favorecer ou dificultar a tarefa interdisciplinar.

Parece haver, como necessidade imanente à operação do trabalho interdisciplinar, a disposição para comunicar conhecimentos e para

articular, de modo constante, saberes. Contudo, para que profissionais expressem, combinem e discutam suas posições e diferenças, espaços devem ser formados e mantidos como parte da agenda de serviços; nesse ensejo, as reuniões de equipe emergem como importante ferramenta. A efetivação de reuniões de equipe envolve alguns elementos que foram apontados pelos autores, tais como: a organização de escalas de trabalho, visando à concentração do maior número de profissionais no horário dos encontros; o encurtamento da distância contida no diálogo disciplinar, representado no desafio de propor uma comunicação horizontalizada; e o compromisso de gestores na defesa dos espaços para reuniões. Os vínculos de trabalho temporários, inclusive de gestores que ocupam cargos comissionados, dificultam a realização do trabalho interdisciplinar que, com rigor, exige uma equipe comprometida longitudinalmente com o território em que está inscrita, e capaz de nele se fixar por longos períodos<sup>31</sup>.

Atitudes de educação permanente são essenciais para que trabalhadores da saúde revisem as próprias práticas e transcendam suas disciplinas específicas, alcançando a atitude interdisciplinar, capaz de ampliar caminhos de compreensão dos sujeitos para além da oposição entre biológico e social em favor da integralidade<sup>32</sup>. A formação profissional para a atuação interdisciplinar – dada como educação permanente e como parte do currículo pedagógico de programas de graduação – retrata o caráter complexo da construção desse tipo de atitude, que não pode ser realizada pelo simples oferecimento de diretrizes ou procedimentos, restritos a um ambiente de trabalho e a seus atores, mas que alcança os trabalhadores durante e depois do seu processo de profissionalização. Ressalta-se, aqui, o papel dos gestores na mediação da comunicação da equipe e na formação permanente dos cuidadores como fundamental para a operacionalização de práticas interdisciplinares de atenção à saúde mental.

Nos estudos analisados, pode-se apurar que os protagonistas do cuidado interdisciplinar

advinham, majoritariamente, de algumas áreas de formação: psiquiatria, psicologia, assistência social e enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Assunta-se que a frequência dessas profissões, nessa atribuição, deva-se a, no Brasil, serem as categorias profissionais previstas na composição das equipes mínimas dos Caps<sup>33</sup>. Essa constatação indica o fundamental papel do Estado e da gestão pública na previsão de contratação de diversos profissionais, de diferentes campos disciplinares, na rede de atenção à saúde mental.

No âmago do fazer interdisciplinar, está a integração horizontalizada entre os agentes de cuidado, tal como a disposição em combinar – e não em isolar – conhecimentos. Essa tarefa implica o desafio de coordenar, simultaneamente, aquilo que é específico de um campo disciplinar ou profissão e aquilo que é mais geral. As especificidades podem ser compreendidas pelo conceito de núcleos de saberes – um grupo de conhecimentos que garante a uma profissão sua identidade, determina suas práticas e compreende, concretamente, a conformidade sobre a produção de valores de uso –; enquanto as generalidades ligam-se ao conceito de campo de saberes – um espaço de limites pouco precisos, sobre o qual disciplinas podem se relacionar e se comunicar, auxiliando-se mutuamente em suas demandas<sup>34</sup>.

A proposta é de um trabalho interdisciplinar que não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes<sup>35(356)</sup>.

Desse modo, o reconhecimento de que práticas podem ser específicas de um núcleo de saber ou profissão não impossibilita o ato interdisciplinar. Pelo contrário, se levadas ao espaço do campo de saberes, podem somar ao compartilhamento de conhecimentos.

Em relação ao conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental, a maioria das publicações não trouxe demarcações teóricas capazes de diferenciá-lo de ideias como multiprofissionalidade ou multidisciplinaridade. A ocorrência de múltiplos profissionais com formações diferentes é constituinte da atuação interdisciplinar, mas, em si, não a representa. Os modos como esses atores se relacionam e investem seus conhecimentos é o que determina a atitude interdisciplinar. No excerto seguinte, podem-se notar algumas dessas impressões:

Em termos gerais, estas práticas consistem em encontros interdisciplinares entre profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e outros) e profissionais que trabalham nos postos de saúde da rede básica (médico, enfermeiro, agente comunitário e outros) para que os primeiros auxiliem os segundos, principalmente a respeito da avaliação e do atendimento de casos que precisam de atenção em saúde mental, com o intuito de que possam acolher e acompanhar alguns casos que talvez não necessitem de atenção especializada<sup>36(2378)</sup>.

O apoio matricial traduz a iniciativa de reunir diferentes profissionais, e níveis de atenção em saúde, em uma atividade interdisciplinar legítima. Guiado por uma lógica construtivista, considera que o cenário de práticas em saúde é dinâmico e constantemente ressignificado pelas relações entre atores que o ocupam, e que é da integração horizontal entre sujeitos e saberes que nascem propostas para transformação da produção de cuidado<sup>37</sup>. O apoio matricial em saúde mental pode ser realizado em qualquer espaço em que trabalhadores de atenção primária e especializada compartilhem saberes, porém são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) as principais estruturas pensadas para o desenvolvimento dessa prática. A qualificação do cuidado, a partir do apoio matricial, acontece de diferentes formas: pela discussão de casos, compartilhamento de experiências

clínicas, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, visitas domiciliares, ações territoriais e reflexão sobre processos de trabalho. Desse modo, assimilam-se, no vasto espaço dos campos de saberes, conhecimentos capazes de ampliar a compreensão sobre indivíduos, coletividades e seus sofrimentos, e de transformar práticas de cuidado em direção à integralidade<sup>38</sup>.

A tarefa de caracterizar a atividade interdisciplinar empenhada nas práticas de cuidado em saúde mental perpassa, indubitavelmente, a visitação teórica daquilo que, em vasto aspecto, compreende-se por interdisciplinaridade, mas não se esgota aí. Penetrar o plano material em que serviços de atitudes se estruturam, estudar as conjecturas que permitem ou impedem a ligação entre profissionais e saberes, conhecer determinantes políticos e operacionais do trabalho em saúde, consultar profissionais e usuários a respeito de suas necessidades e expectativas é parte fundamental do desafio de assimilar os sentidos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental.

## **Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: um conceito em suspensão?**

A escassez de publicações que tratem da interface entre interdisciplinaridade e práticas de cuidado saúde mental e, entre as que abordam a relação, a carência de discussões teóricas sobre o que ela – a interdisciplinaridade – representa nesse cenário de cuidado apontam para um esvaziamento conceitual do tema. Esse esvaziamento pode se relacionar com a conduta biologistica e objetivante das pesquisas em saúde, frequentemente dirigidas à investigação de fenômenos orgânicos e suas relações de causa e efeito, e ao esgotamento de espaços que ofereçam possibilidades para que atores de cuidado reflitam sobre seus próprios processos de trabalho.

A consolidação do capitalismo reduziu as práticas de saúde ao fetiche da mercadoria, significando-as pelo uso de novas tecnologias<sup>39</sup>. Acredita-se que a instrumentalização do trabalho em saúde, a partir do uso de, sempre renovados, aparatos tecnológicos, de instrumentais de estratificação de risco, da checagem de itens diagnósticas, tolha a chance que cuidadores e receptores de cuidado teriam de inclinar-se sobre a complexidade de sua interação e, em conjunto, decidir pelos caminhos dela. A atitude interdisciplinar se consolida na atenção exercida em território específico e entre sujeitos particulares, mas é também influenciada por conjunturas econômicas, sociais e culturais amplas, e afetada pelo modo de vida capitalista e por suas nuances ligadas à precarização de empregos, mercantilização da saúde, supervalorização da individualidade, e desmonte do Estado.

Observou-se que, em 40% (n = 17) dos estudos que compuseram a amostra final da revisão integrativa de literatura, não foram identificadas passagens em que se caracterizasse a interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde mental. A pressuposição superficial de que uma atitude de cuidado é interdisciplinar pode conter equívocos, sobretudo por não haver um consenso a respeito do que, de fato, ela é<sup>40</sup>. Explorar conceitualmente a interdisciplinaridade, em múltiplos cenários, é tarefa útil para compreendê-la em essência e particularidades, para que se assimile o que fundamentalmente ela significa, e para que se reconheçam possibilidade particulares para sua aplicação. É acessando variados modos de interpretá-la que se amplia o entendimento sobre seus significados e suas influências sobre a prática<sup>41</sup>.

Ainda que o conhecimento a respeito da soma de disciplinas venha ganhando espaço nas pesquisas e produções acadêmicas e apondo para novas formas de integrar saberes, ele esteve condenado ao ostracismo pela influência positivista<sup>42</sup>. O positivismo ocupa-se da delimitação de objetos, da ideia de dividir as partes para compreender o todo e, assim, do escrutínio de seus temas de estudos.

A interdisciplinaridade, como ofício de cuidado, traz consigo profundas ruturas a respeito de quem é seu objeto – ou os seus objetos – de intervenção. Pela perspectiva interdisciplinar, o foco de atenção já não é mais aquele sistematizado e delimitado por uma única área, ele surge e é redefinido pela intersecção de vários saberes<sup>43</sup>. Na saúde mental, pode-se supor, esse objeto passa a não mais ser um cérebro que carece de serotonina ou um corpo que sofreu uma alteração epigenética, e sim um sujeito único e, também, coletivo, inteiro, temporal, histórico, simbólico e repleto de possibilidades de vida. Enquanto a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade articulam, de maneira setORIZADA, disciplinas ou especialistas, a interdisciplinaridade propõe, desde o início de seu fazer, que os diferentes contribuintes combinem e pactuem as formas de olhar o objeto. Não se trata, portanto, de somar olhares individualizados sobre um tema, mas de dispersar essa individualização a fim de colocar em foco o objeto – um objeto que protagoniza a pesquisa e solicita que seus pesquisadores articulem formas de estudá-lo para além daquelas previamente aprendidas ou formatadas pela prática (uni)disciplinar ou (uni)profissional.

Explorar temas como a interdisciplinaridade, a multi e a transdisciplinaridade, e mesmo a complexidade, representa atitude de incommensurável valor dentro do campo da saúde coletiva e guarda potencial transformador<sup>44</sup>. Consolida-se assim a noção de que o empenho no desvendamento conceitual e teórico do assunto desta pesquisa pode estender-se para além da matéria discursiva e, ao transformar constructos de um campo, impactar a práxis.

## Considerações finais

As crescentes demandas relacionadas com o adoecimento psíquico, assim como a falta de acesso a cuidados em saúde mental, têm exigido de governos e sociedades reflexões e

respostas capazes de trazer alternativas que diversifiquem a produção do cuidado e que o democratizem.

As compreensões sobre a psique não se esgotam pela perspectiva biomédica, objetivante e organicista, mas exigem incursões por planos simbólicos, culturais, econômicos e históricos da vida de sujeitos e coletividades. No campo da saúde mental, a incorporação da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado é capaz de favorecer a exploração vasta da dimensão daquilo que determina o sofrimento mental, e promover um olhar integral sobre os sujeitos, dirigido à complexidade e transformador do modelo de atenção. Entretanto, o esvaziamento teórico a respeito daquilo que caracteriza a interdisciplinaridade no cenário do trabalho em saúde mental torna difícil sua identificação e realização.

A presença de profissionais com diferentes formações é condição essencial para a concretização de práticas interdisciplinares, mas não suficiente. A comunicação horizontalizada entre trabalhadores de uma equipe e a disposição para compartilhar saberes em todo o processo de cuidado é o que predica como interdisciplinar a atenção. Para que isso se faça possível, é necessário que sejam organizadas equipes com variedade de profissionais, que sejam garantidas reuniões para a discussão de projetos terapêuticos, que educação

permanente possa ser oferecida aos trabalhadores e que mecanismos de aproximação entre profissionais de diversas formações e níveis de atenção sejam propiciados, como o que ocorre pela lógica do apoio matricial. A insuficiente formação para o trabalho interdisciplinar durante cursos de graduação e a precarização de vínculos empregatícios, que levam profissionais a permanecerem menos tempo em seus postos, são também barreiras para a concretização da interdisciplinaridade.

Ampliar a investigação sobre a temática, agregando a ela métodos e saberes diversos, é tarefa fulcral para a assimilação do conceito de interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental e subsídio valioso para a transformação de práticas de cuidado.

## Colaboradores

Giacomini E (0000-0003-1941-4388)\* contribuiu para revisão de referencial teórico; construção e execução de revisão integrativa de literatura; discussão e relato de revisão integrativa de literatura. Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)\* contribuiu para orientação da revisão de referencial teórico; orientação da construção e execução de revisão integrativa de literatura; discussão e relato de revisão integrativa de literatura. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que ultrapassa o saber, o poder e o mundo vivido. *Med. Ribeirão Preto*. 1991; 24(2):70-77.
2. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Lat.-Amer. Enfer*. 1994; 2(2):103-114.
3. Minayo MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinarity, interdisciplinarity and complexity*. *Emancipacao*. 2010; 10(2):435-442.
4. Bedin DM, Scarparo HBK. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. *Psicol. teor. prat*. 2011; 13(2):195-208.
5. Rocha THR, Paula JG, Castro FC. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. *Rev. Vínc*. 2021; 18(1):95-105
6. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Ciênc. Saúde-Mang*. 2002; 9(1):25-59.
7. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2021; (19):1-19.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it?. *Einstein*. 2010; 8(1):102-106.
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health*. 1987; 10(1):1-11.
10. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, et al. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1553-1564.
11. Camargo EB, Pereira ACES, Gliardi JM, et al. Judicialização da saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos. *Cad. Ibero-Am. Direito. Sanit*. 2017; 6(4):27-40.
12. Botelho RG, Oliveira CC. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*. 2015; 3(44):501-513.
13. Biblioteca Virtual de Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decswebp.htm>.
14. Ebsco information services. Pesquisa com Operadores Booleanos. 2018. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: [https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en\\_US#:~:text=Por%20exemplo%2C%20cora%C3%A7%C3%A3o%20AND%20pulm%C3%A3o,ordem%20na%20qual%20ser%C3%A3o%20interpretados](https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US#:~:text=Por%20exemplo%2C%20cora%C3%A7%C3%A3o%20AND%20pulm%C3%A3o,ordem%20na%20qual%20ser%C3%A3o%20interpretados).
15. Prisma transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. 2021. [acesso em 2021 jul 2]. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>.
16. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
17. Azevedo MSA. O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa. [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
19. Domiciano TD, Lorenzetti L. A educação ciência, tecnologia e sociedade no curso de licenciatura em ciências da UFPR litoral. *Ensaio Pesq. Educ. Ciênc*. 2020; (22):1-25.
20. Fortes S, Menezes A, Athié K, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. *Physis*. 2014; 24(4):1079-1102.

21. Azevedo EB, Filha MOF, Silva PMC, et al. Interdisciplinaridade: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental. *Rev. Enfer. Ufpe*. 2021; 6(5):962-967.
22. Universidade de Passo Fundo. Brasil lidera ranking de países com maior quantidade de publicações científicas em acesso aberto. 2018. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em: <https://www.upf.br/biblioteca/noticia/brasil-lidera-ranking-de-paises-com-maior-quantidade-de-publicacoes-cientificas-em-acesso-aberto>.
23. Silva MJS. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
24. Furegato ARF. Políticas de saúde mental do Brasil. *Rev. Escola Enfer. Usp*. 2009; 43(2):258-259
25. Santos RCA, Pessoa Junior JM, Miranda JM, et al. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. *Rev. Gaúcha Enfer*. 2018; (39):1-10.
26. Fiuz AR, Barros NF. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(4):2345-2346.
27. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(3):847-852.
28. Souza CL, Andrade CS. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(10):4113-4122.
29. Schneider JF, Souza JP, Nasi C, et al. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev. Gaúcha de Enfer*. 2009; 30(3):397-405.
30. Leal BM, Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*. 2013; 40(1):87-101.
31. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, et al. Evaluation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). *Texto & Contexto – Enfer*. 2016; 25(1):1-9.
32. Jorge MSB, Sales FDA, Pinto AGA, et al. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Prom. Saúde*. 2010; (3):221-230.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*. 19 Fev 2002.
34. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(2):219-230.
35. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto & Contexto - Enfer*. 2005; 14(3):350-357.
36. Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(9):2377-2386.
37. Perrone MB, Fidalgo TM. Matriciamento: uma experiência ambulatorial. *Rev. Eletr. Saúde Ment. Álcool Drog*. 2021; 1(17):1-6.
38. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLCL. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021; 26(6):2311-2322.
39. Souza DO, Mendonça HPF. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de marx e lukács. *Interface – Comum. Saúde, Educ*. 2017; 21(62):543-552.
40. Alves R, Brasileiro MC, Brito SMO. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. *Episteme*. 2004; 19(2):139-148.

41. Perez OC. O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros. *Interseções: Rev. Est. Interdisciplinares*. 2019; 20(2):454-472.
42. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
43. Furtado JP, Laperrière H, Silva RR. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2021 ago 14]; 38(102):468-481. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3xzM3pcDQnDJyGkzRQJhKnQ/?lang=pt>.
44. Ayres JRC. Deve-se Definir Transdisciplinaridade? *Ciênc. Saúde Colet*. 1997; 2(1-2):36-38.

---

Recebido em 29/10/2021  
Aprovado em 08/08/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa

## *Teaching public health in Brazil: an integrative review*

João Agostinho Neto<sup>1</sup>, Patricia Soares Cavalcante<sup>1</sup>, José Damião da Silva Filho<sup>1</sup>, Francisco Diogenes dos Santos<sup>2</sup>, Ana Maria Peixoto Cabral Maia<sup>1</sup>, Adriana Rocha Simião<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E624

**RESUMO** O ensino da saúde coletiva no Brasil contribui para o desenvolvimento técnico-científico do campo, transcendendo a mera abordagem de programas de saúde de forma fragmentada. Assim, objetivou-se neste estudo compreender a operacionalização do ensino em saúde coletiva, na graduação e pós-graduação *stricto sensu*, no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura a partir da busca nas bases de dados PubMed, Scopus, PsycINFO, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Foram analisados 21 artigos por título, autor, ano, caracterização e/ou objetivo, metodologia e principais resultados. Conclui-se que a institucionalização de cursos de pós-graduação no campo da saúde coletiva seguiu o movimento educacional da universidade e a Reforma Sanitária Brasileira, ao passo que cursos de graduação só ocorreram na última década. O marco constitucional de 1988 define o ordenamento de recursos humanos para a formação profissional no e para o sistema de saúde no País.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação superior. Educação de pós-graduação. Saúde coletiva.

**ABSTRACT** *The teaching of public health in Brazil contributes to the technical-scientific development of the field, transcending the mere approach of health programs in a fragmented way. Thus, the objective of this study was to understand the operationalization of teaching in public health, in the stricto sensu undergraduate and graduate programs, in Brazil. This is an integrative literature review based on a search in PubMed, SCOPUS, PsycINFO, Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, and the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME). Twenty-one articles were analyzed by title, author, year, characterization and/or objective, methodology, and main results. It is concluded that the institutionalization of graduate courses in the field of public health followed the educational movement of the university and the Brazilian Health Reform, while undergraduate courses only took place in the last decade. The 1988 constitutional framework defines the ordering of human resources for professional training in and for the country's health system.*

**KEYWORDS** *College education. Graduate education. Collective health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.  
anamariacabral@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) - Sobral (CE), Brasil.



## Introdução

A saúde coletiva tem sua base histórica na medicina social da França, Inglaterra e Alemanha, configurando-se como campo científico e um âmbito de práticas de caráter interdisciplinar no Brasil<sup>1</sup>. Saúde coletiva é um termo especificamente brasileiro, que emergiu desde 1979 influenciado pelos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), constituindo conceito, configuração, movimento político e científico no País<sup>2</sup>.

Enquanto configuração do campo, durante seu percurso, a saúde coletiva ganhou três dimensões concorrentiais, intra e interdimensões: epidemiológica; das ciências sociais e humanas; do planejamento, políticas e gestão dos serviços de saúde<sup>2</sup>. A concorrência e os tensionamentos no campo acontecem pela busca e domínio do monopólio de seus capitais, cuja posse garante vantagens específicas no jogo de poder<sup>3</sup>.

Como campo científico e no âmbito de suas práticas, a saúde coletiva não possui sustentação para o modelo biomédico hegemônico, substancialmente presente nas formações de profissionais de saúde<sup>4</sup>; uma vez que sua constituição se encontra na interseção das ciências da saúde e das ciências sociais, de natureza epistemológica distinta e produção de conhecimento aplicável por diversos sujeitos, mas direcionada a um pensar-fazer-ser prático<sup>5</sup>.

Nesse sentido, houve um processo de reorientação da formação dos profissionais do campo, com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, favorecendo maiores compromissos da universidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), estando mais voltado ao processo saúde-doença-cuidado como significado para a compreensão da saúde como direito de ser<sup>6</sup>.

Desse modo, o perfil para qualificação profissional deve envolver um ensino generalista, humanista, crítico-reflexivo e apto a práticas para o exercício no âmbito do campo e suas dimensões<sup>4</sup>, estando o ensino da saúde coletiva com a incumbência de contribuir para o

desenvolvimento técnico-científico do campo, no aditamento de estudos, métodos e técnicas que subsidiem políticas de saúde, práticas profissionais e serviços do sistema de saúde<sup>7</sup>.

Os cursos de pós-graduação no campo da saúde coletiva foram os espaços tradicionais consolidados e reconhecidos nacional e internacionalmente para o ensino e a qualificação dos sujeitos<sup>5</sup>. Os cursos no âmbito da saúde coletiva apresentam-se em modalidades *lato sensu* (residências e especializações), *stricto sensu* (mestrados e doutorados) e com ampliações para a conformação do tipo graduação.

Um total de 97 programas e 136 cursos de pós-graduação em saúde coletiva foram avaliados e reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) no último quadriênio 2013-2016. Desse total, os programas de pós-graduação apresentaram-se como mestrado acadêmico (16), doutorado acadêmico (3), mestrado e doutorado acadêmico (36), mestrado profissional (39) e mestrado e doutorado profissional (3). Para os cursos, os referenciais foram para mestrado acadêmico (52), doutorado acadêmico (39), mestrado profissional (42) e doutorado profissional (3).

Quanto à graduação, os cursos acontecem na forma de bacharelado e com variadas nomenclaturas. Foi encontrado um total de 24 cursos, com registro no Ministério da Educação (MEC) e distribuídos pelas cinco regiões do País<sup>8</sup>. A discussão do ensino da saúde coletiva na graduação é uma temática que remonta à proposta da RSB, uma vez que o campo já possui aporte científico, histórico, conceitual, teórico, epistemológico, metodológico, técnico e operacional suficiente para sustentar um processo de profissionalização para além do sanitarismo<sup>4,5</sup>.

Em vista disso, o ensino da saúde coletiva objetiva garantir aos sujeitos envolvidos nos processos formativos aportes teóricos, metodológicos e tecnologias fundamentais ao exercício profissional, trazendo para os espaços de ensino-aprendizagem a identificação e a problematização da realidade social,

por meio de suas dimensões fundantes, e como campo de saberes e práticas sobre os processos saúde-doença-cuidado.

Enquanto a saúde pública é usualmente relacionada com o serviço público, a saúde coletiva faz alusão ao movimento sanitário brasileiro e à saúde enquanto direito garantido pela Constituição Federal de 1988. Um estudo abordando uma nomenclatura genuinamente brasileira, visando compreender a operacionalização do ensino na saúde coletiva, transcendendo a mera abordagem de programas de saúde de forma fragmentada, faz-se relevante pela necessidade do conteúdo em discussão para o campo e do movimento.

O objetivo do estudo é, portanto, compreender a operacionalização do ensino em saúde coletiva, na graduação e pós-graduação *stricto sensu*, no Brasil, destacando sua concepção, caracterização, perspectivas e desafios.

## Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre operacionalização do ensino em saúde coletiva, na graduação e pós-graduação *stricto sensu*, no Brasil. Esse tipo de revisão busca a sistematização do conhecimento científico disponível na literatura, de modo que aproxima o pesquisador do problema que deseja apreciar, possibilitando conhecer, ao longo do tempo, a evolução do tema e visualizar novas oportunidades, lacunas e questões de pesquisa<sup>9</sup>.

Para construção desta revisão, seis etapas foram seguidas, a saber: I) elaboração da pergunta norteadora da pesquisa; II) busca ou amostragem na literatura, com estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão dos artigos; III) coleta de dados; IV) análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa; V) interpretação dos resultados; e VI) apresentação da revisão integrativa<sup>10</sup>.

O estudo partiu da seguinte questão geradora: ‘Como é a operacionalização do ensino em Saúde Coletiva no Brasil?’. E, para atingir seu objetivo, as questões norteadoras: ‘Qual

a concepção do ensino em Saúde Coletiva no Brasil?’, ‘Qual a caracterização do ensino em Saúde Coletiva no Brasil?’, ‘Quais as perspectivas e desafios do ensino em Saúde Coletiva no Brasil?’. Tais perguntas buscam transcender a mera abordagem de programas de saúde de forma fragmentada.

Para seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais de trabalhos que abordassem a operacionalização do ensino em saúde coletiva no Brasil – conceito, caracterização, perspectivas e desafios; trabalhos cujos objetivos se reportassem à operacionalização do ensino em saúde coletiva no Brasil; e trabalhos sobre percepções quanto à evolução do ensino em saúde coletiva. O levantamento bibliográfico compreendeu trabalhos publicados nos idiomas português e inglês, sem delimitação temporal dos artigos.

Foram excluídos: trabalhos duplicados, dissertações, trabalhos de conclusão de curso – dissertações, monografias, teses –; editoriais, relatos de experiência, resumos de seminários, congressos; documentos, artigos de opinião e aqueles não encontrados na íntegra. A busca da literatura e a seleção das publicações foram realizadas por, no mínimo, dois revisores, de forma independente, nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, PsycINFO, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme).

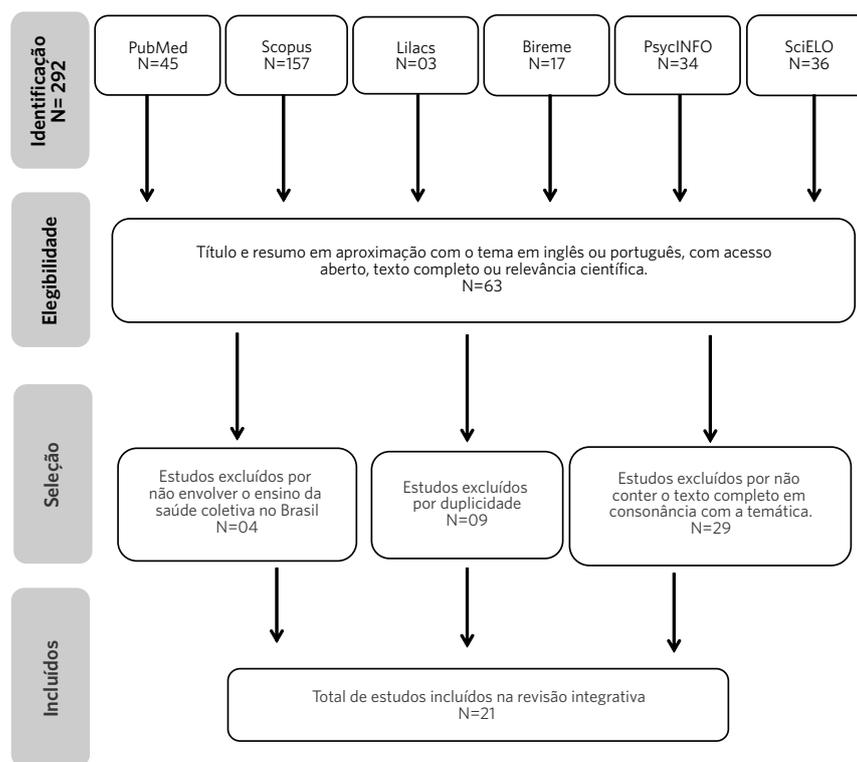
Os descritores utilizados para busca foram selecionados a partir do vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês: ‘educação superior’, ‘educação de pós-graduação’ e ‘saúde coletiva’, ‘college education’, ‘graduate education’, ‘collective health’. Tais descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos (AND e OR).

A coleta de dados se deu entre os meses de julho e agosto de 2021, com auxílio de uma planilha do Excel®, com as seguintes informações: título do artigo, autores, ano,

caracterização ou objetivo do estudo, contexto, metodologia e principais resultados do estudo. A sistematização da seleção das publicações

está apresentada no diagrama (*figura 1*), com a descrição das etapas de busca e o quantitativo de publicações em cada base de dados.

Figura 1. Descrição da recuperação e seleção de estudos



Fonte: elaboração própria.

Realizou-se, inicialmente, a leitura dos títulos e dos resumos de todas as 292 publicações encontradas pelos revisores de forma independente. Após essa etapa, foram excluídas 229 publicações de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita a leitura, na íntegra, das 63 publicações, atentando novamente para os critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, foram selecionadas 21 publicações para compor esta revisão integrativa.

As publicações incluídas foram então examinadas de acordo com análise de conteúdo temática. Na pré-análise, foi realizada

a exploração do conteúdo, bem como o tratamento dos resultados encontrados e sua interpretação. Além disso, foi efetuada nessa etapa a organização das informações, além da sistematização das ideias iniciais a partir da leitura ‘flutuante’ dos resultados, enfatizando elementos principais, a fim de identificar as categorias possíveis para análise. Na segunda etapa, que constitui a codificação, a classificação e a agregação dos resultados, além da elaboração das categorias empíricas, foi realizada a exploração do conteúdo; emergindo as seguintes categorias: Concepção do ensino em Saúde Coletiva no Brasil: do

Campo aos programas de pós-graduação; Caracterização do ensino em Saúde Coletiva no âmbito da graduação; Caracterização do ensino em Saúde Coletiva na Pós-Graduação *stricto sensu*; Perspectivas e Desafios para o ensino em Saúde Coletiva.

## Resultados

Foram selecionados 21 artigos de um total de 292. Os dados bibliométricos estão sumarizados no *quadro 1*.

Quadro 1. Caracterização dos estudos em relação aos títulos, autores, ano de publicação e principais resultados

Título	Autores e Ano	Objetivo	Principais resultados
Team-Based Learning: Successful Experience in a Public Health Graduate Program	Silva Junior GB et al. (2017) <sup>10</sup>	Descrever uma experiência bem-sucedida de TBL em um programa de pós-graduação em saúde coletiva	O aprendizado baseado em equipe (TBL) foi aplicado em uma turma com 22 alunos da disciplina 'Pesquisa Quantitativa em Saúde' do programa de pós-graduação em saúde coletiva (Mestrado) da Universidade de Fortaleza, Brasil, em 2016. A disciplina foi estruturada em 8 aulas, abordando temas de pesquisa quantitativa.
Estudantes de graduação em Saúde Coletiva: perfil sociodemográfico e motivações	Castellanos MEP et al. (2013) <sup>11</sup>	Caracterizar o perfil dos alunos ingressantes em cursos de graduação em saúde coletiva ofertados em universidades federais dos estados do Acre, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte	Trata-se de uma investigação exploratória, com emprego de abordagem metodológica quantitativa, baseada em dados primários obtidos através da aplicação de um questionário semiestruturado aos alunos matriculados no primeiro semestre de 2010, nos cursos de graduação em saúde coletiva de instituições públicas de ensino.
Formação em ciências da saúde: diálogos em Saúde Coletiva e a educação para a cidadania.	Guimarães DA, Silva ES. (2010) <sup>12</sup>	Refletir sobre alternativas em relação à graduação nas ciências da saúde e analisar de que maneira esta formação se inscreve no contexto do ensino superior	Trata-se de uma discussão conceitual sobre o que compreendemos por formação e sua relação com o ensino superior no Brasil com vistas à discussão da formação em saúde, especificamente com o enfoque da saúde coletiva.
Formação pedagógica na pós-graduação stricto sensu em Saúde Coletiva	Corrêa GT, Ribeiro VMB. (2013) <sup>13</sup>	Analisar os currículos dos programas de pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva, a fim de identificar disciplinas/práticas de formação pedagógica	Foram selecionados os cursos cadastrados na seção 'Relação de Cursos Recomendados e Reconhecidos' que possuíam caderno de indicadores disponíveis. Foi definido como disciplinas/práticas de formação pedagógica aquelas que explicitamente apresentavam como objetivo formar o pós-graduando para o exercício da docência.
Objetivos educacionais de um mestrado profissional em Saúde Coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom	Mamede W, Abbad GS. (2018) <sup>14</sup>	Identificar o perfil dos objetivos educacionais, a fim de avaliar sua adequação teórica ao referencial dos mestrados profissionais em Saúde Coletiva	A análise documental orientada pela taxonomia de Bloom e sua consistência com as metas da política de flexibilização da pós-graduação, bem como na produção de material útil à análise de outros programas semelhantes e à reflexão sobre os mestrados profissionais em geral.
A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos	Nunes ED et al. (2010) <sup>15</sup>	Situar as linhagens teóricas da análise dos currículos, a fim de estabelecer um quadro de referência teórico-conceitual para o estudo dos currículos da saúde coletiva nos cursos de pós-graduação stricto sensu.	A metodologia documental/bibliográfica, utilizando pesquisas já sistematizadas, em especial as que datam de 1960-1979, e de levantamentos nos bancos de dados Lilacs, Medline, Sociological Abstracts (1980-2000), totalizando 21 documentos que relatam experiências de ensino em saúde.

Quadro 1. (cont.)

Título	Autores e Ano	Objetivo	Principais resultados
Produção científica em Saúde Coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela CAPES	Barros AJD. (2006) <sup>16</sup>	Descrever o processo de avaliação dos cursos de pós-graduação do País pela Capes e discutir alguns aspectos relevantes para a área da saúde coletiva, em especial no que se refere à valorização da produção científica.	A avaliação da pós-graduação é realizada levando em conta a estrutura do programa, corpo docente e discente, atividades de pesquisa e formação, teses e dissertações e produção intelectual. A avaliação dos programas dar-se a num ciclo trienal.
Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde	Novaes HM D et al.(2018) <sup>17</sup>	Revisão da literatura e análise documental sobre a pós-graduação em saúde coletiva no Brasil no período de 1990-2017.	Diálogo comum entre as políticas de saúde e educação no Brasil tomando como referência a Constituição de 1988 e sua interface com a pós-graduação senso estrito no período de 1990-2017, em particular a Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) e o SUS, utilizando o modelo de análise das políticas 'coligações de causa ou interesse' de Paul Sabatier.
Relação teoria-prática nos cursos de mestrado acadêmico e profissional na área da Saúde Coletiva	Hortale VA et al. (2017) <sup>18</sup>	Análise das semelhanças e diferenças na relação teoria e prática no Mestrado Acadêmico (MA) e Mestrado Profissionalizante (MP) em saúde coletiva.	Foram analisados 48 documentos que ofereciam às Instituições de Ensino Superior (IES) orientações sobre a organização de cursos de mestrado, oriundos e selecionados de 77 Programas de saúde coletiva em funcionamento entre 2002 e 2012, além de dez entrevistas com informantes-chave da área de avaliação da Capes.
Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva	Ribeiro ML, Cunha MI. (2010) <sup>19</sup>	Compreender, a partir das trajetórias de formação de professores em programa de PGSC, se esse espaço corresponde a um lugar de formação que tem a docência como meta.	Foi utilizada a análise de conteúdo em 16 depoimentos, dentre alunos, ex-alunos e professores dos programas de pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva de uma universidade brasileira, produzidos por entrevistas semiestruturada. Além do uso de documentos legais que tratam da formação do professor universitário no Brasil; os projetos pedagógicos dos Programas e Cursos, seus currículos e as revistas publicadas pelo Programa. A abordagem de pesquisa foi com base no estudo de caso de natureza qualitativa.
A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória	Nunes ED et al. (2010) <sup>20</sup>	Análise das trajetórias históricas do Campo da saúde coletiva com ênfase para o ensino da pós-graduação como prática de saúde e da saúde coletiva no Brasil.	Levantamento de informações pertinentes à pós-graduação no Brasil com a inclusão de dados gerais sobre a área da saúde, melhor contextualizando a pós-graduação em saúde coletiva.
Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na graduação dos profissionais de saúde	Costa HOG, Rangel ML. (1997) <sup>21</sup>	Caracterizar o campo da saúde coletiva e as tentativas de institucionalização de saberes e práticas que definem esse campo.	Situa a emergência do campo e os desafios que se colocam para a incorporação do seu ensino na graduação dos profissionais de saúde, desde a década de 80, e discute as perspectivas do ensino da saúde coletiva na Graduação a partir do enfoque sobre o processo de trabalho em saúde e do fortalecimento de práticas desenvolvidas em parceria entre universidade, serviços de saúde e comunidade.
Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate Necessário	Bosi MLM, Paim JS (2009) <sup>22</sup>	Artigo de opinião que discute os subsídios importantes na construção do ensino da saúde coletiva	O texto faz uma discussão sobre a necessidade da formação de profissionais da saúde coletiva e que esses sejam atores estratégicos dentro do SUS. Um profissional que não se sobreponha aos demais integrantes da equipe, mas que ele se associe aos trabalhadores de forma orgânica.
Graduação em Saúde Coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?	Lorena AG. et al. (2016) <sup>23</sup>	Realizar um levantamento nacional dos egressos da graduação em saúde coletiva no Brasil. Identificando e analisando as áreas de atuação, atividades desenvolvidas, faixa salarial, vínculo empregatício e outros aspectos relacionados ao mercado de trabalho do bacharel em saúde coletiva.	Realizado uma investigação analítica descritiva, por meio de um estudo longitudinal de seguimento. Foi enviado, via e-mail, aos egressos de universidades que oferecem o curso de pós-graduação em saúde coletiva um questionário contendo informações sobre a graduação, local de trabalho e sobre a pós-graduação.

Quadro 1. (cont.)

<b>Título</b>	<b>Autores e Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais resultados</b>
Ensino de pós-graduação em Saúde Coletiva: situação atual e desafios do futuro	Barata RB, Santos RV. (2013) <sup>24</sup>	Breve histórico do desenvolvimento da pós-graduação na área e o retrato atual dos programas. Discute um conjunto de desafios que o Campo como um todo tem a enfrentar para prosseguir em seu crescimento.	O estudo faz uma análise dos programas e cursos de saúde coletiva atuantes no Brasil credenciados pela Capes, destacando o tipo de curso (mestrado ou doutorado acadêmico/ profissional), unidade da federação e região onde é localizado o curso, segundo tipo de instituição promotora e nota obtida pelo programa de pós-graduação. Também traz uma discussão sobre o futuro da pós-graduação senso estrito no século XXI, no que se refere às desigualdades regionais, a expansão das atividades para outros cenários que não apenas as instituições de ensino superior, assim como a interlocução internacional para uma excelência nacional.
O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes	Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. (2012) <sup>25</sup>	Analisar se as ementas de saúde coletiva do novo currículo contemplam a formação de competências previstas nas diretrizes curriculares, bem como avaliar a percepção dos estudantes sobre sua formação para atuar na atenção básica.	Estudo qualitativo em duas etapas: análise documental das ementas e de conteúdo de entrevistas com graduando no último semestre do curso, que já havia cumprido o estágio obrigatório em saúde coletiva. A análise dos planos foi alocada em eixos de acordo em subcampos da saúde coletiva.
Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional	Bosi MLM, Paim JS (2010) <sup>5</sup>	Problematizar a saúde coletiva como âmbito de profissionalização, sistematizando alguns fundamentos teóricos, sociais e ético-políticos de uma formação em nível de graduação.	Análise da trajetória da formulação dos cursos de saúde coletiva e, mais recentemente, sua emergência nas IES brasileiras a partir de projetos de cursos de graduação e pós-graduação, lato e stricto sensu, e políticas de inclusão social e à expansão do ensino superior.
O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição.	Osório A, Schraiber LB. (2015) <sup>26</sup>	Compreender a saúde coletiva e o que a define como conhecimento e atuação na sociedade.	Realizou-se uma recuperação de natureza teórica das considerações históricas e epistemológicas desenvolvidas por pesquisadores dedicados a caracterizá-la como campo científico e social. Com base na produção bibliográfica, foi realizada uma breve caracterização da emergência da saúde coletiva.
Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas	Nunes, ED. (2005) <sup>27</sup>	Abordar a constituição do campo da saúde coletiva no Brasil em três aspectos: origens da saúde coletiva, aspectos históricos da saúde no Brasil, a saúde coletiva como prática pedagógica e perspectivas do campo.	Foram trazidas informações sobre a situação dos cursos de pós-graduação e da estrutura curricular, considerando a saúde coletiva como um campo, dentro da concepção dada a essa noção por Pierre Bourdieu.
Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?	Paim JS, Almeida Filho N. (1998) <sup>28</sup>	Analisar os principais elementos de discurso dos movimentos ideológicos que historicamente construíram o campo social da saúde, particularmente na segunda metade do século XX.	Trata-se de ensaio que apresenta um estudo exploratório da retórica paradigmática da saúde.
Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitário	Paim JS, Pinto ICM. (2013) <sup>4</sup>	Analisar, criticamente, a construção da saúde coletiva enquanto campo científico e âmbito de práticas e suas relações com a constituição de sujeitos transformados, comprometidos com a RSB e com a consolidação do SUS.	Trata-se de ensaio que apresenta um estudo exploratório da saúde coletiva enquanto campo científico e âmbito de práticas e suas relações.

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

A análise dos artigos selecionados, guiada pela concepção teórica eleita por este estudo, permitiu delimitar quatro categorias empíricas, que correspondem ao objeto do ensino em saúde coletiva destacado em cada estudo. As categorias permitiram delinear e refletir sobre a concepção do ensino em saúde coletiva no Brasil, caracterização do ensino em saúde coletiva no âmbito da graduação e da pós-graduação *stricto sensu* e as perspectivas e os desafios para o ensino em saúde coletiva.

### Concepção do ensino em Saúde Coletiva no Brasil: do campo aos programas de pós-graduação

O campo científico da saúde coletiva, ainda em construção, encontra-se na interseção das ciências da saúde e das ciências sociais, com uma natureza epistemológica diferenciada e uma prática política distinta. Os conhecimentos nele produzidos podem ser aplicados por diferentes sujeitos, existindo também um corpo básico que dá identidade ao “pensar” e ao “fazer” em saúde coletiva, inspirado em um conjunto de valores (“ser”)<sup>5</sup>.

No campo da saúde coletiva, o fenômeno saúde-doença-cuidado é compreendido como um processo social, analisando-se as práticas de saúde na sua articulação com as outras práticas sociais, em que se procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, buscando os seus porquês e se organizando para enfrentá-los<sup>28</sup>.

A saúde coletiva, com nomenclatura genuinamente brasileira, então emergiu sob a proposta de possibilitar, desenvolver e formalizar a ideia de um amplo campo envolvendo preocupações teóricas, técnicas, sociais e políticas que acompanharam a trajetória da medicina preventiva e social, da medicina

social e da saúde pública, a partir do final dos anos 1960, ao lado de uma insatisfação com as explicações teórico-conceituais sobre o processo saúde-doença-cuidado, uma deterioração das condições de saúde de parte da população brasileira e um modelo público de cuidados à saúde precarizado<sup>21</sup>.

Após o longo período que se estendeu pelos anos 1950 e 1960 no Brasil, com o projeto preventivista e da medicina social, assumiu-se que a formação de recursos humanos para a área da saúde pública deveria voltar-se não somente para a capacitação de técnicos, especialistas e residentes, mas adensar essa formação em níveis acadêmicos que levassem à obtenção de títulos de mestre e doutor, voltados para pesquisa e docência. Ressalta-se que, nesse momento, vivia-se, de um lado, o impacto da Reforma Universitária de 1968 e, de outro, toda a crítica que se estabelece ao modelo médico hegemônico, assim como se discutiam as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública<sup>28</sup>.

De acordo com Nunes<sup>28</sup>, o final dos anos 1970 foi marcado pelo agravamento da crise econômica; e, ante os problemas de saúde, lançaram-se, em nível internacional, o projeto da atenção primária e, em nível nacional, a necessidade de uma tomada de posição diante do problema sanitário, quando apareceram dois importantes espaços de resistência e análise crítica da situação: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979.

Pela análise dos movimentos reformistas, é permitido constatar que estes provocaram mudanças no sistema de saúde no Brasil, com algumas repercussões nos modelos de ensino nos cursos superiores na área da saúde, como as atividades extramuro, impulsionadas pela perspectiva da Atenção Primária à Saúde, proposta pela Conferência de Alma-Ata (1978)<sup>22</sup>.

Em 1981, o MEC elaborou uma publicação em que apelava às universidades a aceitarem o desafio da proposta, o que exigiria modificações conceituais, estruturais e metodológicas

profundas, contrariando o clássico conceito ensino-pesquisa-extensão, na busca de novas relações universidade-prestadores de serviços. Em 1987, a portaria interministerial do ministério da educação e ministério do planejamento definia que qualquer serviço do sistema de saúde seria formalmente reconhecido pela universidade como local de ensino, e não só o hospital-escola. As atividades docentes extramuro deveriam ser de natureza curricular, obrigatória para todos os alunos do curso regular<sup>22</sup>.

Na década de 1980, também ocorreu um fato que seria marcante para a história da saúde coletiva: a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que problematizou e redefiniu a saúde, considerando-a como resultado das condições de existência de uma sociedade determinada, como direito de todos e dever do Estado. Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu o SUS como nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, norteadas por três princípios (a universalidade, a equidade e a integralidade), que seria regulamentada pela Lei nº 8.080, de 1990, estabelecendo a descentralização político-administrativa como forma de efetivar a implantação do sistema<sup>28</sup>.

A Constituição de 1988 então definiu o ordenamento de recursos humanos, sendo a formação do profissional de saúde uma área cheia de desafios na implementação do SUS. Os profissionais, principalmente da atenção primária, pautada na Estratégia Saúde da Família, são formados para atuar na assistência individual, curativa e especializada, diferentemente da visão de promoção e prevenção que trabalha a saúde coletiva<sup>26</sup>.

A proposta de criação de cursos de graduação em saúde coletiva é tributária da construção do campo da saúde coletiva no Brasil e da sua vinculação ao projeto da RSB, em que prevaleceu a ideia de que um investimento nessa formação profissional constituiria uma estratégia importante para a proposta defendida pelo projeto<sup>5</sup>.

Uma justificativa importante é a de que o SUS necessita de um profissional com

formação interdisciplinar, obtida por meio de sólida incorporação dos saberes da saúde coletiva,

Que o qualifique como um 'ator estratégico' apto a atuar em um sistema de saúde que adquira caráter cada vez mais extenso, complexo e especializado, portanto, desafiador em termos de políticas sociais comprometidas com a participação e o bem-estar social<sup>12(1658)</sup>.

As primeiras propostas de um ensino de pós-graduação no Brasil foram marcadas por movimentos que ressaltam a necessidade de que ensino e pesquisa fossem realizados no mesmo ambiente e se complementassem. O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova apareceu como destaque na história da educação brasileira, foi quando um grupo de intelectuais, escritores e educadores lançaram a universidade como ideário do movimento<sup>21</sup>.

As políticas públicas em saúde e em educação no Brasil obedecem a trajetórias históricas distintas, com a Constituição de 1988 como um marco e um contexto político em comum. Na saúde, o destaque é para a criação do SUS, política de caráter nacional, que modificou o acesso da população brasileira à saúde como direito de todos e dever do Estado. Na educação, o texto é semelhante e apresenta-se como um direito de todos, dever do Estado e da família, devendo diminuir o analfabetismo e garantir o acesso à educação, nos níveis fundamental, médio e superior<sup>18</sup>.

Há consenso de que não foi dada prioridade à política de educação no País, com impactos expressivos no ensino da graduação e pós-graduação. Em 2013, a proporção da população entre 18 e 29 anos com ensino médio completo era de 48% nas regiões Norte e Nordeste, e entre 60% e 65% nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Essa foi a população que pôde se candidatar ao ensino superior, e ela não acompanhou a expansão da oferta de vagas desse nível<sup>18</sup>.

O ensino superior brasileiro apresenta uma taxa bruta de matrícula baixa, o que afeta o desenvolvimento social. Por outro lado, valoriza-se o

grande investimento feito, a partir dos anos 1960, na criação das universidades federais em todos os estados, com vocação para ensino, pesquisa e extensão, o que foi acompanhado pela criação de um sistema de pós-graduação em todas as áreas de conhecimento<sup>18</sup>.

O parecer Newton Sucupira (Parecer nº 977/65, Conselho Federal de Educação) e a Reforma Universitária de 1968, ainda no regime militar instituído em 1964, foram movimentos que sistematizaram a institucionalização do sistema de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil. O Parecer Newton Sucupira constituiu as bases do modelo de pós-graduação brasileiro, definindo e caracterizando os cursos em nível de mestrado e doutorado, estabelecidas as distinções entre pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, lançadas as bases do mestrado e doutorado profissionais e reforçada a ideia de que a pós-graduação *stricto sensu* é parte essencial da finalidade da universidade<sup>18</sup>.

A formação profissional em saúde coletiva já vem sendo discutida no Brasil há alguns anos. Essa proposta já é firmada em vários países, principalmente no continente europeu e norte-americano. No Brasil, alguns subsídios são importantes na construção dessa proposta de ensino, tais como as experiências internacionais de cursos e as orientações contidas em instrumento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) associada a diretrizes curriculares de cursos de graduação<sup>23</sup>.

## Caracterização do ensino em Saúde Coletiva no âmbito da graduação

O saber-fazer-ser prático preconizado pelo campo da saúde coletiva se produziu e reproduziu na pós-graduação no Brasil e se estende, mais recentemente, do ponto de vista pedagógico e técnico, a uma estruturação de graduação específica<sup>5</sup>.

No que se refere à graduação, surgiu, na década de 1980, estimulada pela Abrasco e

pela Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem), uma proposta de conteúdo programático mínimo para o ensino da saúde coletiva, centrado nos seus três núcleos estruturantes. Esta foi elaborada a partir da constatação da diversidade de conteúdos programáticos e de metodologias de ensino e da heterogeneidade da bibliografia utilizada nessa área. No entanto, apesar da sua incorporação e avaliação por alguns departamentos de medicina preventiva e social, não se dispõe de estudos avaliativos, seja na área médica, seja nas demais áreas<sup>30</sup>.

No Brasil, o processo de implantação de cursos de graduação em saúde coletiva tem avançado. Logo, o debate não é recente, tendo se iniciado há cerca de duas décadas, e se “estruturou mais sistematicamente, nos meios acadêmicos, com uma série de oficinas, mesas redondas e encontros dedicados ao tema, realizados nos últimos dez anos”<sup>12(1658)</sup>. Atualmente, há cursos abertos em todas as regiões do País. Portanto, saímos de uma fase de discussões nacionais em torno de sua possível abertura, para uma fase de análise, avaliação e direcionamento das experiências por ele inauguradas<sup>12</sup>.

Definida inicialmente com a ideia de uma graduação em saúde pública, foi desde 2002 que a sistemática de discussão e implementação dessa modalidade de ensino foi intensificada no País, embora distintas iniciativas relacionadas com o ensino da saúde pública em nível de graduação já se encontrem efetivadas em muitos países, ressaltando a tomada de decisões e as relações de poder na conformação de uma identidade em um dado momento histórico<sup>5</sup>.

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), implementado por meio do Decreto nº 6.096/2007, impulsionou esse processo nas universidades públicas federais. Nos dois anos seguintes à publicação desse decreto, foram abertos cerca de dez cursos em instituições de ensino federal no País<sup>12</sup>.

A partir de 2008, foram oferecidos em universidades de todo o Brasil os cursos de

graduação no campo da saúde coletiva<sup>24</sup>. Adeptos da graduação em saúde coletiva encontraram um solo favorável à sua criação, embora, reitera-se, não tenha sido o Reuni a inspiração da proposta que a antecede historicamente, mas, certamente, foi o catalisador de suas bases institucional e material de implantação. Ao se defender a figura do bacharel em saúde coletiva, um elemento importante é que já não mais se coloca a clássica questão: quem formará os formadores? – uma vez que a consolidação do ensino em saúde coletiva no âmbito da pós-graduação no País já aconteceu<sup>28</sup>.

O profissional que atua no campo da saúde coletiva enfrenta algumas dificuldades em relação ao mercado de trabalho. O estudo de Lorena et al.<sup>24</sup> mostrou que 57,6% dos egressos de graduação em saúde coletiva não estão atuando na sua área de formação. Um dos problemas encontrados foi a abertura do mercado de trabalho e a dedicação exclusiva da pós-graduação. Outro fator que leva o profissional a não seguir na área é a possibilidade de ter oportunidade mais promissora em outras áreas.

## Caracterização do ensino em Saúde Coletiva na Pós-Graduação *stricto sensu*

A configuração do campo da saúde coletiva na pós-graduação não sofreu grandes alterações em sua estrutura na última década, com descrição de pequenas variações nos seus três núcleos disciplinares principais: epidemiologia; ciências sociais e humanas; e planejamento e políticas de saúde<sup>2</sup>.

Quanto à expansão, diversos programas de pós-graduação adotaram estratégias inovadoras para fazê-la, ressaltando-se a criação do Fórum Nacional de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva, com o apoio da Abrasco, e com o papel decisivo desempenhado pela Rede Nacional de Pós-Graduação *stricto sensu*, além das especializações e residências como cursos *lato sensu*<sup>31</sup>.

Corrêa e Ribeiro<sup>14</sup> buscaram avaliar a formação pedagógica dos mestrados e doutorados acadêmicos em saúde coletiva. Entre os 37 programas avaliados, 24 (64,86%) apresentaram disciplinas/práticas de formação pedagógica. Além disso, aproximadamente 61% dos mestrados e 38% dos doutorados apresentam disciplinas/práticas de formação pedagógica, sendo que há uma tendência de formação técnica-instrumental, o que vai de encontro à história do campo da saúde coletiva, uma vez que a construção desta se deu na tentativa de superação de um modelo de sistema de saúde com enfoque essencialmente biomédico, tecnicista e prescritor, baseado em uma lógica capitalista-mercado-lógica, com uma compreensão restrita do processo saúde-doença-cuidado.

A pós-graduação *stricto sensu* é considerada o programa mais bem-sucedido na educação brasileira. Desde seu início, foi formulada com o propósito específico de contribuir para o desenvolvimento nacional por meio da formação de docentes e pesquisadores com competências para a pesquisa. As medidas que contribuíram para esse propósito foram a articulação do MEC, por meio da Capes, com o Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq (criado em 1951, atualmente Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), outras instâncias de financiamento e as universidades<sup>18</sup>.

Para dar sustentação ao aperfeiçoamento desses arranjos ao longo do tempo, criaram-se os Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG), além das avaliações regulares, realizadas pela Capes, com atribuição de notas para os programas. Ressalta-se que os mais bem avaliados e que se destacam na pesquisa são apoiados com um volume maior de recursos e representam um capital social importante para as universidades. O crescimento, quantitativo e qualitativo, da produção científica brasileira publicada em periódicos científicos também é resultado dessa política<sup>18</sup>.

Para o ensino da pós-graduação em saúde coletiva, é possível considerar que estiveram presentes as condições necessárias para sua

implementação enquanto política pública, uma vez que apresentaram objetivos claros e consistentes nos seus PNPG, uma teoria causal para a mudança (formar professores e pesquisadores), estrutura legal estável e comprometida com o diálogo entre os órgãos oficiais e os programas; e coordenadores responsáveis pela implementação da proposta; apoio político do executivo, legislativo e das universidades<sup>18</sup>.

Enquanto campo da saúde coletiva, abre-se então espaço para uma prática discursiva, comunicativa e horizontalizada (não hierarquizada em termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares, por meio de uma proposta de transdisciplinaridade do esforço cooperativo entre distintos saberes<sup>21</sup>.

Ribeiro e Cunha<sup>20</sup>, analisando trajetórias de docência em um programa de pós-graduação em saúde coletiva, identificaram que as motivações dos sujeitos para buscar o curso foram: o desejo de se iniciarem como docentes do ensino superior, a necessidade de ampliarem os conhecimentos em pesquisa e a precisão de aprofundarem e atualizarem os conhecimentos no campo da saúde coletiva. O interesse emerge, sobretudo, naqueles que já são docentes do ensino superior em instituições da rede privada.

No entanto, ainda que nos PNPG estivesse referido como objetivo o impacto social de forma cada vez mais explícita, não houve uma mudança no arcabouço nuclear da pós-graduação *stricto sensu* da saúde coletiva, especificamente como resposta a uma das suas principais políticas públicas organicamente entrelaçada: o SUS<sup>18</sup>. É a criação, regulamentação e instituição progressiva dos Mestrados Profissionalizantes (MP) que sinalizam mais claramente a direção de uma formação de recursos humanos específica para o mundo do trabalho nos serviços e sistema de saúde<sup>7</sup>.

Santos et al.<sup>7</sup> consideram como

aquela demanda por profissionais altamente qualificados e o reconhecimento do isolamento da universidade com o mundo produtivo, ao mesmo tempo que, uma reivindicação para aproximar esses dois segmentos.

Sendo que a saúde coletiva obteve posição de destaque na criação de MP, com volume importante de formados na região Nordeste, por meio de MP em rede e aqueles coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz<sup>18</sup>.

Do ponto de vista da finalidade, a tendência mais evidente que diferencia o Mestrado Acadêmico (MA) e o MP é que o primeiro visa à formação de docentes e pesquisadores ao passo que o segundo visa à gestão dos serviços de saúde, à avaliação e ao desenvolvimento de tecnologias<sup>7</sup>. Hortale et al.<sup>19</sup>, analisando as bases legais e epistemológicas das propostas de MP em saúde coletiva, verificam que, na sua execução, tais modalidades não partem da prática dos agentes a serem formados pelo curso como cenário para construir novos conhecimentos e tecnologias, mas tendem a reproduzir o modelo hegemônico de formação acadêmica, não rompendo com o ciclo construído de isolamento da universidade com os serviços e sistemas de saúde.

De acordo com Paim<sup>29</sup>, estudos e reflexões sobre as tentativas de introduzir mudanças na formação dos profissionais de saúde apontam sempre o dilema dessas propostas para se institucionalizar e redirecionar, de fato, o processo de formação dos profissionais. Ainda segundo esse autor, nas décadas de 1970-1980, houve uma significativa produção teórica da medicina social relacionada com os cursos de pós-graduação, em uma estreita relação com os movimentos sociais presentes na conjuntura. De todo modo, a maior expressão do desenvolvimento da saúde coletiva limitou-se à pós-graduação por meio dos cursos de mestrado, da especialização em saúde pública e dos programas de residência em medicina preventiva e social.

## Perspectivas e desafios para o ensino em Saúde Coletiva

A restrição do ensino em saúde coletiva nas práticas do SUS favoreceu questionamentos sobre o lugar deste, com todos os seus agentes constituintes: o ensino superior na

universidade, a formação dos professores e a interpelação dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Esse conjunto constitui espaço privilegiado para a pesquisa e para o aprofundamento dos saberes específicos do campo, mas a consolidação dos saberes da prática educativa fica em segundo plano, uma vez que há uma tendência a reproduzir modelos históricos, muitas vezes distantes da realidade dos alunos e que se apresenta como desafio ainda maior na universidade<sup>20</sup>.

As mudanças na formação e na atuação profissional devem ser estruturadas com vistas a uma aproximação entre a atuação profissional e a atenção integral e humanizada à população brasileira. Para isso, faz-se necessário pensar na articulação entre os cursos específicos da saúde e os que fazem a interface saúde – ciências humanas<sup>32</sup>. Uma reflexão acerca da incorporação de uma perspectiva transdisciplinar nas ciências da saúde e de uma formação para a cidadania à medida que diversas áreas do conhecimento podem ter como ponto de convergência o enfoque na saúde coletiva, buscando um rompimento com a lógica de produção capitalista que incorpora os processos saúde-adoecimento ao rol das mercadorias<sup>13</sup>.

Pensar o processo de formação universitária de profissionais de saúde passa necessariamente pelo que consideramos como compromissos de uma educação para a cidadania e que se expressam pelo atendimento aos princípios estabelecidos no SUS<sup>33</sup> e às demandas da população, bem como pela atuação profissional marcadamente distinta da tradicional atuação em saúde com um perfil de profissional liberal<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, os MP surgiram como consequência da política de flexibilização da pós-graduação brasileira e com a finalidade de qualificar o sistema de saúde, por meio do empoderamento científico de suas equipes de trabalho<sup>15</sup>.

Segundo Freire<sup>34</sup>, torna-se importante ter-se na realidade concreta extra-escolar como referencial para a seleção, o desenvolvimento e a aplicação de conteúdos. Sendo assim, para a construção adequada de objetivos educacionais

teoricamente fundamentados, é um importante passo, pois permite orientar a prática pedagógica segundo pressupostos teóricos claros, identificar pontos de chegada e analisar resultados, avaliando sua eficácia e efetividade<sup>15</sup>.

A análise da atual conjuntura indica que a incorporação de saberes e práticas do campo da saúde coletiva no processo de graduação dos profissionais constitui um enorme desafio na medida em que o projeto neoliberal se difunde e se fortalece. Desse modo, deve-se fortalecer a possibilidade de ampliação dos espaços do projeto contra-hegemônico, tanto ao nível das universidades quanto nos serviços de saúde e na sociedade civil<sup>22</sup>.

No âmbito das universidades, no que se refere à graduação, trata-se de obter a adesão dos docentes a novas formas/metodologias que permitam aos alunos a apropriação do conhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades, de modo a poder refletir o seu lugar na sociedade a partir do seu lugar no trabalho, aprendendo um fazer crítico e criativo. A necessidade de imprimir uma nova lógica ao processo de ensino/aprendizagem, na perspectiva da inserção da saúde coletiva no processo de formação dos profissionais de saúde, implica enfrentar a rigidez dos modelos praticados e redesenhar a estrutura curricular e modelos pedagógicos, em todos os âmbitos<sup>22</sup>.

A fim de atender a essas posturas, sugere-se uma pauta de ação que atenda à qualificação das necessidades sociais em saúde, não apenas como carências, mas como ideais, projetos de vir a ser; pensar os meios e as atividades necessárias para atender a tais necessidades; instaurar novas relações técnicas e sociais, como os processos de distritalização, municipalização, educação etc.; investir política e tecnicamente nos espaços institucionais, redefinindo as práticas de saúde coletiva<sup>22</sup>.

Para Nunes, Nascimento e Barros<sup>16</sup>, ao formatar um currículo, deve-se apoiá-lo em um quadro de referência e determinar as características que particularizam os conteúdos e as metodologias das áreas, classicamente denominadas de ciências sociais, epidemiologia e

planejamento. Além disso, torna-se necessário estabelecer materiais de referência que subsidiem a inclusão de novos campos e parâmetros para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde coletiva.

Silva Júnior et al.<sup>11</sup>, aplicando um método ativo de ensino-aprendizagem em um programa de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva, observaram que estratégias pedagógicas baseadas no construtivismo, centradas no aluno e de responsabilidade individual estimulam a aplicação dos conhecimentos na prática profissional, auxiliam no planejamento de investigações em contexto regional e contribuem para o desenvolvimento de projetos de dissertação; uma vez que métodos tradicionais de ensino e aprendizagem não obedecem às realidades contextuais e necessidades atuais da sociedade moderna.

A saúde coletiva se fundamenta na interdisciplinaridade como possibilidade de construção de um conhecimento ampliado da saúde, no qual continuam presentes os desafios de trabalhar com as dimensões qualitativas e quantitativas, sincrônicas e diacrônicas, objetivas e subjetivas. Assim, não existe a possibilidade de uma única formulação teórica e metodológica quando espaço, tempo e pessoa não são simplesmente variáveis, mas constituem parte integrante de processos históricos e sociais<sup>22</sup>.

A institucionalização da saúde coletiva como campo na graduação em algumas universidades permanece sendo um desafio. Há algumas discussões que ainda não foram resolvidas, que vão desde o modelo formador até o título emitido ao profissional e a atuação no mercado. O Brasil é pioneiro entre os países em desenvolvimento a apostar na graduação em saúde coletiva. Para esse propósito, há a necessidade de garantir condições mínimas para subsidiar a implantação dessa proposta no que se refere à garantia de recursos por parte do estado e até a construção de uma proposta nacional para expansão do ensino superior<sup>23</sup>.

Segundo o estudo de Lorena et al.<sup>24</sup>, os egressos da graduação em saúde coletiva têm dificuldade de seguir na área devido à

precarização do vínculo empregatício e pela abertura do mercado de trabalho, levando a optar por seguir nos cursos de pós-graduação.

## Considerações finais

O campo técnico-científico da saúde coletiva no Brasil possui no seu âmbito de práticas um caráter interdisciplinar, estando o seu ensino com a incumbência de contribuir para o desenvolvimento deste e de práticas para o sistema de saúde.

A formação e a qualificação profissional no campo devem conter um caráter de reorientação para aplicação das suas dimensões basilares, na interface entre saúde e ciências humanas e sociais, assim como o compromisso com a universidade e com o SUS. No âmbito da saúde coletiva, as modalidades *lato sensu* (residências e especializações), *stricto sensu* (mestrados e doutorados) e, mais recentemente, o bacharelado são as formas de qualificação no Brasil.

A institucionalização de cursos de pós-graduação seguiu o movimento educacional da universidade e a RSB, encontrando-se hoje consolidada. O formato mais recente são cursos e programas de mestrado e doutorado profissionalizantes que emergem com uma proposta de formação específica para as demandas, necessidades e carências do SUS.

A criação de cursos de graduação tem seu debate iniciado com a RSB, no entanto, só ocorreu efetivação enquanto bacharelado na última década. Independentemente da discussão sobre uma proposta em formato de graduação em saúde coletiva, há uma concordância a respeito da importância na formação de profissionais voltados a um trabalho interdisciplinar.

O marco constitucional de 1988 definiu o ordenamento de recursos humanos para a formação profissional no e para o sistema de saúde no País, mas ainda é um movimento cheio de desafios e contradições, assim como superar o isolamento da pesquisa em saúde coletiva no entorno dos muros acadêmicos, do ensino tradicional e que concilie elementos

do modelo biomédico com conhecimentos advindo das ciências humanas e sociais, com alvo no coletivo e excluindo o modelo individualista.

## Colaboradores

Agostinho Neto J (0000-0002-0164-8269)\* concebeu o artigo e coordenou sua produção; contribuiu para produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Cavalcante PS (0000-0003-1949-9684)\* e Silva Filho JD (0000-0002-0931-3711)\*

contribuíram igualmente para a adequação da proposta do artigo, produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Santos FD (0000-0002-0849-5525)\* contribuiu para a adequação da proposta metodológica, produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Maia AMPC (0000-0001-5205-2417)\* e Simião AR (0000-0001-9565-5525)\*, contribuíram igualmente para a produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

- Ianni AMZ, Spadacio C, Barboza R, et al. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2298-2308.
- Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 19-33.
- Deslandes S, Maksud I. Capitais científicos em saúde coletiva: proposta de análise inspirada nas fontes utilizadas na obra *Homo academicus*. *Saúde Soc*. 2019; 28(3):324-336.
- Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Revista Tempus - Actas de Saúde Colet*. 2013 [acesso em 2021 ago 10]; 7(3):13-35. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390>.
- Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010. [acesso em 2021 set 12]; 15(4):2029-2038. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VnKCjqvTjD5xdWsyHzBZc3b/abstract/?lang=pt>.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1400-1410.
- Santos GB, Hortale VA, Souza KM, et al. Similaridades e diferenças entre o Mestrado Acadêmico e o Mestrado Profissional enquanto política pública de formação no campo da Saúde Pública. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2022 nov 6]; 24(3):941-952. Disponí-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- vel em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vyN7CBdXVKSSjrJTrxqmk8p/?lang=pt&format=pdf>.
8. Viana JL. Sou bacharel em saúde coletiva, e agora? Sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017. 184 p.
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005; 52(5):546-553.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1Pt1):102-6.
11. Silva Junior GB, Medeiros MAS, Oliveira JGR, et al. Aprendizagem Baseada em Equipes: Relato de Experiência em um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2017; 41(3):397-401.
12. Castellanos MEP, Fagundes TLQ, Nunes TCM, et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1657-1666.
13. Guimarães DA, Silva ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em Saúde Coletiva e a educação para a cidadania. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2551-2562.
14. Corrêa GT, Ribeiro VMB. Formação pedagógica na pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1647-1656 [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G5bxKxpbDtcpNKXvCSVpMqh/?lang=pt>.
15. Mamede W, Abbad GS. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom. *Educ. Pesq.* 2018 [acesso em 2021 set 2]; (44):e169805. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/5wf4MqfMppSMLvM6yLwTCQQ/abstract/?lang=pt>.
16. Nunes ED, Nascimento JL, Barros NF. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2021 set 8]; 15(4):1935-1943. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kbD7DndgQ6V8djw5YPbPjNk/abstract/?lang=pt>.
17. Barros AJD. Produção científica em saúde coletiva: perfil dos periódicos e avaliação pela Capes. *Rev. Saúde Pública.* 2006 [acesso em 2021 set 8]; (40):43-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/hJFsfr9HvZP45RQRTm4fCzN/?lang=pt>.
18. Novaes HMD, Werneck GL, Cesse EAP, et al. Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2017-2025.
19. Hortale VA, Santos GB, Souza KM, et al. Relação teoria-prática nos cursos de mestrado acadêmico e profissional na área da Saúde Coletiva. *Trab. Educ. Saúde.* 2017; 15(3):857-878.
20. Ribeiro ML, Cunha MI. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Interface – Comun. Saúde, Educ.* 2010; 14(32):55-68.
21. Nunes ED, Ferreto LE, Barros NF. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(4):1923-1934.
22. Costa HOG, Rangel ML. Desafios do ensino da saúde coletiva na graduação dos profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 1997 [acesso em 2021 ago 27]; 2(1-2):164-171. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/k6NzbJKX9rTNYkJNFSCNkNN/?lang=pt>.
23. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. *Editorial. Cad. Saúde.* 2009. [acesso em 2021 jul 22]; 25(2):236-237. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJB8GM5fT4ZCqTVLDYpLX4K/?lang=pt&format=pdf>.
24. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde Soc.* 2016 [acesso em 2021 ago 8]; 25(2):369-380. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HQHx8p-TWzqy4VkpHv6D5Wzb/abstract/?lang=pt>.

25. Barata RB, Santos RV. Ensino de pós-graduação em Saúde Coletiva: situação atual e desafios para o futuro. *Rev Bras. Pós-Graduação*. 2013 [acesso em 2021 ago 30]; 10(19). Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/367>.
26. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. *Trab. Educ. Saúde*. 2012; 10(2):301-314.
27. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc*. 2015. [acesso em 2021 setembro 8]; 24(supl1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?lang=pt>.
28. Nunes ED. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Rev. Saúde Colet*. 2005. [acesso em 2021 ago 27]; 15(1):13-38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5yVSgxKYSdPmXqJDgdrJgw/abstract/?lang=pt>.
29. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova “saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Públ*. 1998; 32(4):299-313.
30. Paim JS. La Salud Coletiva y los Desafios de la Practica. In: Organización Panamericana de la Salud - La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate. Washington, D.C.: OPAS; 1992.
31. Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições: A face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cartilha Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
33. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
34. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

---

Recebido em 28/10/2021

Aprovado em 27/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

## Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### O texto deve conter:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

### OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

#### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

#### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

**6. Critical review:** review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

## Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

### The text must comprise:

**Title:** expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

**Keywords:** at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

## NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

## Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

#### Modalidades de textos aceptados para publicación

**1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

**2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

**6. Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

**7. Documento y declaración:** a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

**Importante:** en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

### Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

### El trabajo debe contener:

**Título:** que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras-clave:** al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

**Introducción:** con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

**Material y métodos:** descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

**Resultados y discusión:** pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

**Conclusiones o consideraciones finales:** que depende del tipo de investigación realizada;

**Referencias:** Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

## OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

## Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

## Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br



## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto  
Vice-Presidente: (vacância)  
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte  
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Diretores Executivos: Ana Maria Costa  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Maria Lucia Freitas Santos  
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo  
Claudia Travassos  
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo  
Suplentes | Substitutes  
Iris da Conceição  
Jamilli Silva Santos  
Matheus Ribeiro Bizuti

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
Cornelis Johannes van Stralen  
Cristiane Lopes Simão Lemos  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Livia Millena B. Deus e Mello  
Lizaldo Andrade Maia  
Maria Edna Bezerra Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Matheus Falcão  
Rafael Damasceno de Barros  
Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

### SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

### EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

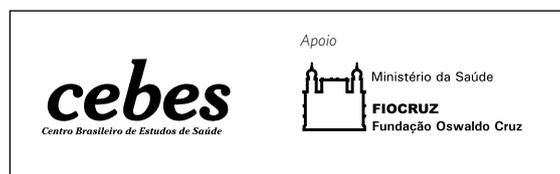
Xico Teixeira  
Francisco Barbosa

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

A revista Saúde em Debate é  
associada à Associação Brasileira  
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. especial 6; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)