

REVISTA

Saúde em Redes

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Natália Grey

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Revisão e tradução língua inglesa

Shirley Silva Costa

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2015 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Revista Saúde em Redes
ISSN: 2446-4813

Sumário

- 1. A Pesquisa como Prática Artística: A Razão na Prática de Investição como Razão Artista – Uma Possível Contribuição de Pierre Bourdieu para a Área das Ciências Sociais e Humanas na Saúde**
Madel Therezinha Luz e Cesar Sabino.....07
- 2. Comunicação e percepções sobre saúde: o olhar dos usuários na Estratégia Saúde da Família**
Carolina Lopes de Lima Reigada e Valéria Ferreira Romano.....13
- 3. Violência Intrafamiliar: Caminhos Para O Enfrentamento Na Saúde Pública**
Adriana Carvalho dos Santos, Mara Lisiane de Moraes dos Santos e Débora Dupas G. Nascimento.....21
- 4. O financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal: qual o futuro?**
Janice Dornelles de Castro e Soraya Vargas Cortes.....31
- 5. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa**
Janaina Matheus Collar, João Beccon de Almeida Neto e Alcindo Antônio Ferla.....43
- 6. O Facebook como confessionário: discursos sobre si e o investimento dos poderes**
Renato Levin Borges e Ricardo Burg Ceccim.....57
- 7. Sem Palavras na Ponta da Língua: Saúde Mental Coletiva, Pedagogia e Gagueira**
Gisele Vicente e Luciano Bedin da Costa.....69

A Rede UNIDA com o objetivo de mobilizar, aprimorar e promover o tece das redes, através do incentivo aos espaços críticos-reflexivos no agir, no ensinar, no aprender e no produzir saúde, organiza seus encontros regionais, preparatórios para o seu 12º Congresso Internacional, que acontecerá nos dias 21 a 24 de março de 2016 na cidade de Campo Grande – MS, com o tema “Diversidade sim, desigualdades não: pluralidade na invenção da vida”. Neste cenário, a Editora da Rede UNIDA lança seu segundo número da Revista Saúde em Redes, tendo a diversidade de experiências como cenário dentro da educação permanente em saúde.

No artigo **“Comunicação e percepções sobre saúde: o olhar dos usuários na Estratégia Saúde da Família**, as autoras abordam a importância da comunicação dentro da micropolítica dos serviços, e vão além através do tecer das relações entre usuários e profissionais, demonstrando, a partir do cotidiano de uma equipe de ESF, localizada na cidade do Rio de Janeiro/RJ, o quanto essa comunicação afeta o próprio serviço. Já no trabalho **“Violência Intrafamiliar: Caminhos para o enfrentamento na saúde pública”** as autoras procuram, a partir de revisão de literatura, identificar como os serviços de saúde abordam as situações de violência intrafamiliar no cotidiano da prática, demonstrando assim o quanto este tema é de grande relevância e necessita ser debatido. **“A Pesquisa como Prática Artística: A Razão na prática de investigação como razão artista – Uma possível contribuição de Pierre Bourdieu para a área das ciências sociais e humanas na saúde”**, capitaneada pela profa. Madel, também abrilhanta esta edição da revista, onde os autores realizam uma análise da metodológica de Bourdieu,

para pesquisa na sociologia, a partir do que coloca como o agir social, fomentando sua aplicação para investigação científica em Saúde Coletiva.

Teremos também, o artigo **“O financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal: Qual o futuro?”**, as autoras analisam de forma comparativa os sistemas de saúde pública brasileiro e português, procurando, a partir de suas características, identificar processos endógenos e peculiares de cada um, ligando-os às políticas de definição de financiamento e resultados alcançados em cada um. Trata-se de um trabalho que demonstra de forma clara similaridades importantes entre os dois sistemas. A presença da **“Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: Contribuições iniciais e análise comparativa”**, também congregará este volume, no qual os autores analisaram o importante tema hodierno não só com relação a própria constituição do SUS, mas também para nossa sociedade. Nesse sentido, o texto estimula o debate sobre a potencialidade modificadora do programa, não só com relação ao acesso aos serviços, mas da mesma forma o quanto gerou reflexos na qualificação da rede e estrutura desses serviços.

No artigo, **“O Facebook como confessorário: discursos sobre si e o investimento dos poderes”** os autores elaboram uma análise sobre a produção do discurso do sujeito no Facebook, traçando um percurso de poder em um jogo de autorregulação. Estruturado pelo discurso foucaultiano, literatura sobre o manejo das informações por empresas e governos, assim como a legislação estado-unidense sobre usos de informações na internet e o caso wikileaks. E fechando nossa revista, temos o artigo **“Sem palavras na ponta da**

língua: Saúde mental coletiva, pedagogia e gagueira”, o tema educação em saúde segue seu ritmo, mas aqui procura explorar, de forma singular o cotidiano dos serviços e sua associação com a pedagogia, congregando referenciais teóricos relevantes ao tema.

E é com esta diversidade que a nossa revista procura se desenvolver e estar aberta à publicação e consulta de todos e de todas. Aproveitamos para divulgar que a partir do próximo volume (julho-agosto/setembro) utilizaremos a plataforma SEER para submissão de artigos para este novo volume, sendo assim, com este lançamento dando início as submissões

no link: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/about/submissions#onlineSubmissions>, que serão avaliados através do duplo cego, sistema internacional de qualificação de revistas.

Janaina Matheus Collar

Comissão Executiva Editora Rede UNIDA
Mestranda PPGCOL/UFRGS

João Beccon de Almeida Neto

Comissão Executiva Editora Rede UNIDA
Doutorando Bioética e Saúde Coletiva
PPGBIOS/Fiocruz/UFF/UFRJ/UERJ
Docente UFJF/MG

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p07-12>

A PESQUISA COMO PRÁTICA ARTÍSTICA: A RAZÃO NA PRÁTICA DE INVESTIÇÃO COMO RAZÃO ARTISTA – UMA POSSÍVEL CONTRIBUIÇÃO DE PIERRE BOURDIEU PARA A ÁREA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS NA SAÚDE

RESEARCH AS AN ARTISTIC PRACTICE: THE REASON OF A RESEARCH LIKE ARTIST REASON – A POSSIBLE CONTRIBUTION OF PIERRE BOURDIEU TO THE FIELD OF HUMAN AND SOCIAL SCIENCES IN HEALTH

Madel Therezinha Luz

Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul
E-mail: madelluz@uol.com.br

Cesar Sabino

Departamento de Estudos Políticos,
Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro
E-mail: cesarsabino@hotmail.com

Resumo

Analisa-se a proposta metodológica de Pierre Bourdieu na prática do pesquisar como agir social e como um trabalho de equipe, semelhante ao do esporte. Na proposta metodológica de Bourdieu, à razão teórica, tradicionalmente ligada à pesquisa científica, sobrepõe-se uma racionalidade expressiva, artística, mutável, emergente da pesquisa como construção social, em que os agentes pesquisadores são modificados pelo objeto de pesquisa, tanto quanto modificam o objeto pesquisado durante todo o processo de investigação. Examina-se o papel inovador desta proposta para a investigação científica em ciências humanas, em especial no caso das ciências sociais e humanas na saúde e no campo específico da saúde coletiva.

Palavras-chave: Metodologia da Pesquisa; Arte e Pesquisa; Prática Social; Ciências Sociais e Humanas na Saúde; Saúde Coletiva.

Abstract

We analyzed Pierre Bourdieu methodology performed to develop researches in social intervention as a teamwork or a team spirit. This methodology, theoretical reasoning and traditionally related to scientific researches, overlaps an expressive rationality that is artistic, changeable, emerging from researches as a social process. The researchers are touched by the studied object, as long as this object touches the researchers during the investigation process. We looked at a new perspective of this method for a Human Science survey, especially in case of Social and Human sciences related to health and specifically in the Public Health sphere.

Keywords: Research Methodology; Art and Research; Social Practice; Human and Social Sciences in Health; Public Health.

Introdução

Estas notas pretendem ser uma paráfrase à atitude metodológica de Pierre Bourdieu em seu trabalho de atividade de pesquisa em sociologia, visto por ele como *um agir social, ao mesmo tempo complexo na elaboração (conceitual) e concreto no passo a passo da construção (da empiria)*. Próximo, portanto, da arte, quando esta constrói em linguagem inovadora seus objetos materiais de expressão. Esta atitude está presente sobretudo nas obras das duas décadas que precederam sua morte, podendo ser caracterizadas pela referência de sua produção teórica a resultados de uma *prática social* específica, não raro coletiva, certamente grupal, em que a relação sujeito/objeto tradicional se desvanece

face ao encontro do pesquisador com a realidade dos *“sujeitos”* que investiga.^{1,2,3,4} Preferimos empregar a expressão originariamente francesa *sujet* porque ela exprime melhor que “objeto” a ideia de um **tema de investigação** a ser construído como objeto ao longo do caminhar da pesquisa, sendo neste caso mais um “sujeito” que um “objeto”, pois interage continuamente com o pesquisador no processo da investigação, modificando suas hipóteses iniciais, reorientando seus procedimentos metodológicos, suas suposições empíricas, ou suas interpretações teóricas, podendo até mesmo mudar sua visão de mundo.

A ideia francesa de “sujeito” de pesquisa, que corresponde a um **assunto** estruturado, claramente definido, mais que a um *tema* de pesquisa - como é frequentemente traduzido - afasta um pouco a coisificação do processo, implícita na ideia do tradicional “objeto de pesquisa”. Mais adiante voltaremos a este assunto. Estas notas pretendem também referir-se a certa postura anti “metodologista”, e anti “teoricista” adotada pelo autor, quando este filiava a ordenação de esquemas conceituais, métodos e técnicas à **prática da construção** dos objetos a pesquisar, ligando deste modo a seleção de instrumentos teóricos e empíricos da pesquisa à concepção da investigação sociológica como *atividade social*, embora a visse sempre em perspectiva *processual*, isto é, atividade *situada em contextos* histórico-culturais em constante construção e mudança. Atividade que supõe, portanto, um tema ou “sujeito/tema” (*sujet*) de investigação em interação processual constante entre o “objeto” (o quê ou quem é investigado) e o “sujeito” (quem investiga, isto é, o pesquisador, seja ele individual ou grupal).

Embora tenha como base dessas notas certas obras deste autor que foi, sem sombra de dúvida, um dos maiores nomes das Ciências Sociais na segunda metade do século XX, este não é um trabalho de

“especialistas” em Pierre Bourdieu: seja sobre sua metodologia, seja sobre a teoria do autor. Nem poderia sê-lo, uma vez que a base bibliográfica utilizada para estas notas é muito restrita, pobre mesmo, levando-se em consideração a extensa lista de livros, e a abundância de artigos escritos apenas pelo sociólogo; sem mencionar outros tantos artigos e livros escritos, em suas quatro décadas de atividades, em colaboração com discípulos, ou outros pesquisadores.^{5,6,7,8,9,10,i} Apenas no campo da elaboração conceitual, Bourdieu nos brindou com vários conceitos chave para as ciências sociais, como os de **campo** (em que pesem seus opositores, por sua abrangência), **poder (ou dominação) simbólico, habitus, capital cultural (ou social)**, entre tantas outras ferramentas conceituais.

Trata-se de reafirmar aqui, mais simplesmente, inspirados na obra de Bourdieu, a *prioridade*, para a geração do conhecimento sócio-antropológico, e das ciências humanas em geral, da *atividade da pesquisa*, portanto da *prática da teoria* através da contínua construção dos “sujeitos” (temas) de investigação. Submete-se, assim, a lógica da produção do conhecimento ao trabalho da construção concreta de instrumentos conceituais e metodológicos, os quais derivam do – ou se aperfeiçoam no – processo do desenvolvimento da atividade de investigação, seja ela de início conceitual ou empírica.¹¹ Com esta atitude procura-se eliminar, ou pelo menos combater, o duplo vício, historicamente presente nas ciências sociais – apenas parcialmente superado – do *teoricismo*, que propõe esquemas conceituais prévios que visam a enquadrar os projetos teoricamente,

i Por exemplo, apenas na obra *Réponses*, aparecem listados numa contracapa interior 23 livros de Bourdieu, de sua autoria apenas, ou com outros autores. Na parte bibliográfica do livro, aparecem oito páginas (245-253) listadas **por ano** de trabalhos de Bourdieu, com ou sem coautoria. Deve-se reconhecer que o livro é de 1992 e que o autor continuou a produzir até sua morte ocorrida em 23 de janeiro de 2002.

“formatando” objetos de pesquisa antes mesmo que estes sejam construídos, e do *metodologismo*, como um discurso formal de enquadramento de abordagens do objeto, que tem constituídos um conjunto *a priori* de métodos e técnicas ditos qualitativos ou quantitativos, às vezes contrapostos em dicotomias falaciosas.

Estes instrumentos “prévios” funcionaram historicamente como camisas de força metodológicas, formatadoras de procedimentos relativos aos *sujeitos* de investigação em construção, que acabaram funcionando como obstáculos epistemológicos, ao invés de elucidar questões teóricas ou propiciar a resolução prática de problemas na área social. Em outras palavras, pretende-se afirmar nestas notas, coerentemente com a postura de Bourdieu, que a atividade da pesquisa vista como *prática social em construção* é a verdadeira matriz geradora dos instrumentos conceituais e metodológicos úteis às ciências sociais. Estes instrumentos, em elaboração no projeto, ou por ele elaborada, podem e devem ser utilizados no processo da pesquisa como **caixa de ferramentas - boîte à outils**.^{10:30-34, 12:30-48}

A Pesquisa científica como uma arte de produzir conhecimento

Não seria adequado que o termo *científica* fosse tomado neste contexto como geralmente o é, isto é, como um **adjetivo**, literalmente qualificativo, um juízo de valor epistemológico, que atribui toda a autoridade intelectual/cognitiva à ciência contemporânea como produtora legítima, única mesmo, de verdades propositivas, já testadas ou não. Como poderia afirmar Foucault, de *positividades*. Em outras palavras, de *conhecimento*. Pretende-se referir aqui a um modo historicamente *específico* de produção de afirmações,

descritivas, explicativas ou mesmo interpretativas de eventos, situações e relações (ou *estruturas de relações*) específicas, isto é, envolvendo os diversos campos do viver e do agir humanos. Produção que busca, certamente, rigor, coerência, consistência e distância axiológica como fonte epistemológica e ética para a descrição, a compreensão, a interpretação, e mesmo a explicação de eventos, situações, ações e relações sociais.¹³

A referência principal, no caso dessas notas, é às humanidades, mais limitadamente às disciplinas conhecidas como *ciências sociais* (sociologia, antropologia, história, política, demografia etc.), embora se acredite que o conjunto das disciplinas das ciências ditas *naturais*, ou *físicas*, poderia ter o mesmo objetivo e atitudes diante da sua própria positividade científica. Sobretudo em uma época em que a pesquisa, como atividade cognitiva, tende a tornar-se cada vez mais interdisciplinar, e mesmo transdisciplinar, implicando disciplinas de campos distintos (físicas, naturais, humanas), na medida em que o paradigma dominante na ciência está se voltando para a *invenção* e a *intervenção* tecnológicas, isto é, para a inovação, através da recriação contínua de modos de viver, produzir e consumir.¹⁴ Neste sentido, o caráter interdisciplinar da contribuição de Bourdieu beneficiaria, fortemente, o subcampo das ciências sociais em saúde, e por consequência, a própria Saúde Coletiva como face interdisciplinar de saberes/práticas em saúde.

Acredita-se ser este o núcleo constitutivo comum de racionalidade e ética do que se poderia chamar, referindo-se à categoria elaborada por Bourdieu, de *campo científico*. Embora se saiba que Pierre Bourdieu estudou preferencialmente o campo científico do ponto de vista da *sociologia*, isto é, em termos da distribuição do poder simbólico, das estratégias e lutas histórico-sociais dos agentes e grupos na

disputa por lugares de controle *neste campo específico* (que analisou durante toda sua trajetória acadêmica)ⁱⁱ, aqui a referência é a um *ethos* da prática científica como um todo, do agir comum a qualquer campo do conhecimento que se manifeste através da *pesquisa*, e que é visto como ponto de partida do trabalho de cada pesquisador, gerando um *habitus*ⁱⁱⁱ específico neste agente, se ele pretender ser admitido ou mantido como um *ator* em seu *campo de pesquisa*.^{iv}

O que se tenta também demonstrar neste texto é que esta atividade, teórico-prática, de produção de conhecimento verificável, apresenta, em aparente paradoxo, as características de uma *arte*, sobretudo quando é praticada por um autor, como Bourdieu, que produz o conhecimento dito *ciência*, enquanto o produz, no processo mesmo da produção. A atividade da pesquisa se revela, neste caso, como criação artística, ou pelo menos como uma *artesanía*, em que o coordenador de

ii Não por acaso, Bourdieu afirmou, figurativamente, ser a Sociologia um “esporte de combate”. Sendo este o nome de um documentário realizado por ele.²

iii Uma das categorias analíticas centrais elaboradas por Bourdieu, a de *habitus*, é entendida como: “As estruturas constitutivas de um tipo particular de meio (as condições materiais características de uma condição de classe), que podem ser apreendidas empiricamente sob a forma de regularidades associadas a um meio socialmente estruturado, produzem *habitus*, sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto da obediência às regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um regente” (Grifo do autor).¹⁵

iv É claro que este *ethos* é frequentemente posto em questão e desrespeitado pela norma vigente na produção acadêmica, que é a competição entre os agentes trabalhadores da pesquisa na busca de sucesso individual como marca da competência e estratégia de luta para alcançar o topo da hierarquia na instituição *locus* básico da produção científica.¹⁶

uma pesquisa funciona como um “diretor”, de modo similar a um diretor artístico, ou a um mestre artesão, ou mesmo como um treinador esportivo (um “coach”), e seu grupo de pesquisa deve funcionar como “time”— uma equipe de colaboradores, tal como nas artes e nos esportes, e seu laboratório ou unidade de pesquisa^v deve tender a funcionar como um *atelier*, mais do que como o histórico laboratório disciplinar, tradicional desde o final do século XIX.

Em outras palavras, o conhecimento é produzido em conjunto e apropriado coletivamente, a partir do *ensinar a fazer* e do dirigir típico de um “mestre artesão”, ou de um “coach” (técnico esportista) isto é, o propósito, no caso, é ensinar a criar conhecimento através de *uma prática que se aprende ao praticar: uma práxis grupal*. O que é comum nas artes cênicas, e naquelas em que o coletivo ou o grupo é fundamental, como a dança, ou a música sinfônica, por exemplo. O mesmo pode ser dito dos esportes em que a equipe, o “time” deve ser o ator, e não o indivíduo, sob pena de perda de eficácia, face à quebra da unidade do conjunto. A competição entre os membros do grupo é lesiva ao “time” como um todo, seja na ciência, na arte, ou no esporte.

Uma equipe de pesquisa, neste sentido, passa a ser um *time* jogando, geralmente num “esporte competitivo”, como a atividade acadêmica, onde geralmente, mas não unicamente se produz ciência, ou mesmo técnica. Certamente cada “jogador” tem seu papel, e sua competência será avaliada pelo conjunto dos “jogadores” e “treinadores”, mas isto não significa que não haja “times” atuando sem espírito de

v A referência às expressões obrigatórias “*laboratoire*” ou “*unité*” de pesquisa situa uma realidade tipicamente francesa: é forçoso reconhecer que as equipes ou grupos de pesquisa, mesmo nas Ciências Sociais, são a realidade histórico-institucional dominante, o que não é o caso brasileiro, mesmo se considerando as transformações na gestão de ciência e tecnologia das últimas décadas.

conjunto, nos quais a competição entre os agentes torna-se mais importante, através da busca individual por sucesso e status, quebrando o *ethos* necessariamente coletivo da ciência.

Na produção científica atual, multiplicam-se as denúncias de quebra do *ethos* científico, em proveito do sucesso individual e de vantagens estatutárias e pecuniárias associadas a este sucesso. A lógica da atividade da pesquisa em grupo como fundamento da produção original – coletiva, portanto – do conhecimento, seja nas ciências sociais em saúde, seja no campo ampliado da Saúde Coletiva, que reúne áreas disciplinares oriundas de vários campos diversos, e mesmo saberes tradicionais, bem como distintas práticas técnicas, tem, a nosso ver, uma contribuição potencial importante nos conceitos e na proposta metodológica da pesquisa como uma prática “de arte” aportados por Pierre Bourdieu às ciências sociais.

Referências

1. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp; 2004.
2. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
3. Bourdieu P. Sobre o Estado: cursos do Collège de France (1989-1992). São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
4. L'Estoile B. Entrar no jogo: a ciência como crença. In: Encrevè P; Lagrave RM (Org.). Trabalhar com Bourdieu. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
5. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: DIFEL; 1989.
6. Bourdieu P. La misère du monde. Paris: Seuil; 1993.
7. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus; 1996.
8. Bourdieu P. A produção da crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos. São Paulo: Zouk; 2004.
9. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP; 2008.
10. Bourdieu P, Wacquant L. Réponses: pour une anthropologie reflexive. Paris: Seuil; 1992.
11. Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. Le métier du sociologue: préalables épistémologiques. Paris: De Gruyter; 2005.
12. Bourdieu P. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
13. Foucault M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
14. Vandenberghe F. O Real é relacional. In: Vandenberghe F. Teoria social realista: um diálogo franco-britânico. Belo Horizonte: UFMG; 2010.
15. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz, R.; Fernandes, F (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39)
16. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, Fernandes F. (Orgs.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1983. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39).

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p13-19>

COMUNICAÇÃO E PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE: O OLHAR DOS USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

COMMUNICATION AND PERCEPTIONS OF HEALTH: THE POINT OF VIEW OF PATIENTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Carolina Lopes de Lima Reigada

Médica de Família e Comunidade, preceptora da residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
E-mail: carol_reigada@yahoo.com.br

Valéria Ferreira Romano

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
E-mail: valromano@uol.com.br

Resumo

A comunicação, em sua essência polissêmica, aciona sentidos diversos para usuários e profissionais de saúde, especialmente nas concepções que envolvem saúde, cuidado e processo de trabalho. O objetivo deste artigo é o de analisar a percepção de usuários de uma favela do município do Rio de Janeiro sobre o conceito de saúde e processo de trabalho ofertado pela equipe da Estratégia Saúde da Família localizada na mesma. Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem sócio-antropológica que utilizou entrevistas semi-estruturadas com os usuários adscritos. Percebeu-se que a disparidade entre as concepções abordadas movimentaram implicações diretas no processo de trabalho da equipe, gerando entre a população e os profissionais de saúde menos potência e mais desencontro.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Comunicação; Saúde; Trabalho.

Abstract

Communication, in a polysemic aim, has engaged several meanings to users and healthcare professionals, especially in issues that involves health, care and work process. The objective of this article is to analyze the perception of slum dwellers patients at Rio de Janeiro on the concept of health and work process offered by the Family Health Strategy team responsible by them. This is a socio-anthropological approach qualitative study which applied semi-structured interviews in the patients. It was noticed that the difference between the concepts addressed had direct implications at the work process, culminating in less power and more disagreement between the population and healthcare professionals.

Keywords: Family Health Strategy; Communication; Health; Work.

Introdução

Qualquer comunicação entre sujeitos implica em relação, em troca, em escuta de sentidos diversos sobre algum tema. No entanto, se entendermos o conceito de comunicação considerando um modelo informacional onde o emissor transmite uma mensagem que chega diretamente ao receptor – exceto se algum ruído se interpor entre eles – poderemos perceber este modelo de comunicação com um direcionamento quase que linear: emissor-mensagem-receptor. Tal ideia tradicional sobre a comunicação, transposta para a saúde, sugere a crença de que a prática comunicativa se limita à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre assuntos que dizem

respeito à sua saúde e à sua vida. Tal postura ao silenciar o direito de voz e expressão do outro, termina por produzir um trabalho em saúde centrado nos profissionais, numa concepção de saúde pouco ampliada.

No entanto, em contrapartida, se pensarmos a comunicação como uma rede de processos onde dimensões afetivas, cognitivas, econômicas e políticas simultaneamente perpassam sentidos conectantes entre emissores e receptores, poderíamos vê-la como polissêmica,¹ com conflitos de interesses na disputa por relações de poder.² Vale esclarecer aqui que, do ponto de vista da linguística, ou melhor, da área de estudo científico da Linguagem, entendemos, que todo signo é ideológico, ou seja, quando evocamos uma palavra, ela vem repleta de significados, que representam na verdade fragmentos materiais de uma dada realidade.¹ Então, se todo signo é ideológico, se toda palavra produz sentidos ideológicos, quando nos comunicamos com o outro estamos na verdade trocando elementos que representam contextos concretos sobre a realidade que acreditamos existir, que defendemos existir. Tal ideia coloca em questão o cuidado que devemos ter diante de qualquer comunicação com as pessoas, principalmente, na comunidade, em atividades de educação em saúde. Nada do que é dito está isento de uma ideologia que se materializa. A cultura, enquanto promotora de valores e significados, serve como força de dominação em uma sociedade dividida em classes, como a nossa.² Ou seja, a classe dominante se utiliza da palavra, do signo, da ideologia, para impor sua cultura, dando-lhe assim um valor incontestável. Acentuando as diferenças entre as classes, e escamoteando conflitos de interesse na disputa por relações de poder, a classe dominante desvaloriza a cultura popular e suas formas de comunicação e expressão.

Desta maneira, neste artigo, aceitamos como premissa que diante de qualquer comunicação entre pessoas há

necessariamente a presença da diversidade e da diferença.

Assim, abordamos a comunicação entre usuários moradores de uma favela e profissionais de saúde de uma Unidade Básica com Estratégia Saúde da Família e nos defrontamos com abismos comunicacionais, que geraram dissonâncias nas relações e no processo de trabalho. Mas também promoveram uma chamada à criatividade na busca por uma comunicação democrática.

Este artigo, fruto das reflexões de uma então Residente de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aborda a polissemia do conceito de saúde e seus reflexos na percepção sobre o processo de trabalho. Reflete ainda uma preocupação com o encontro (desencontro?) entre sujeitos, no desejo de superar abismos entre comunicação, saúde e trabalho.

Portanto, a grande pergunta que nos fizemos foi: Significados sobre saúde e processo de trabalho possuem alguma interface entre usuários e profissionais de saúde? Que implicações isto imprime ao mundo do trabalho em saúde?

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-anropológica,³ utilizando entrevistas semiestruturadas com usuários cadastrados de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada para tal fim, gravadas com autorização prévia do entrevistado, perfazendo um total de 200 horas de gravação. Foram realizadas seis entrevistas, consideradas suficientes pelo critério de saturação, quando a repetitividade das respostas justifica a interrupção da pesquisa.³

Os critérios de inclusão utilizados foram: possuir mais de 18 anos e ter sido atendido por membros da equipe de saúde pesquisada. A análise de dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo, conforme Minayo,³ na vertente da Análise Temática.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sem ressalvas no dia 26/10/12, sob protocolo número CAAE: 20922313.9.0000.5257.

Resultados e Discussão

Saúde: definição majoritariamente biológica

Na narrativa dos usuários o conceito de saúde apareceu com um entendimento majoritariamente biológico, além de intimamente conectado à presença do médico.

Todos os entrevistados relacionaram saúde a bem-estar físico (como o contrário de “doença”), definindo-a como a ausência de sintomas biológicos (principalmente dor) ou como controle de doenças crônicas.

Saúde, nesse caso, não seria construída na comunidade, na família ou pelo próprio indivíduo, como uma forma de autocuidado, como uma postura de corresponsabilidade, mas sim interligada ao consumo da medicina tecnológica. Além disso, ressaltaram conexão entre saúde e capacidade de trabalhar e/ou desempenhar atividades cotidianas, demonstrando um sentido prático e utilitário na percepção sobre saúde.

“Saúde é nunca ficar doente, sem dor nenhuma, nada. Doente fica péssimo pra tudo, não faz nada. Pessoa doente não é ninguém” (Entrevistado E).

“Saúde é a melhor coisa que tem. Quando eu fiquei doente, senti na pele o que é, agora estou melhor. Não sou saudável porque tenho essa doença, mas eu me sinto bem agora. Saúde vem em primeiro lugar porque sem saúde não se consegue trabalhar, não se consegue sobreviver. Eu tenho saúde porque eu consigo fazer as coisas, eu consigo trabalhar” (Entrevistado D).

“Saúde é tudo na vida da gente. O que somos nós sem saúde? Não fazemos nada.” (Entrevista F).

Alguns estudiosos^{4,5} abordaram essa concepção utilitária da saúde ao ressaltar que, em nossa sociedade capitalista, saúde e doença são pensadas como fatores de produção, onde o sistema de saúde é organizado para manter o indivíduo produtivo, normatizado e normalizado. Entrevistando população de baixa renda em favelas do Rio de Janeiro, Minayo⁴ chegou a uma conclusão semelhante: a concepção de que a doença se traduz em incapacidade para trabalhar e realizar afazeres cotidianos. Ressaltou que essa associação não é natural e sim socialmente construída de acordo com a ideologia capitalista e, para a classe trabalhadora, tem valor estipulado sob a forma de salário. Concluiu que “Saúde, doença e trabalho constituem, portanto, uma interdependente e cotidiana relação, que pode ser traduzida pela própria concepção de vida.”⁴

Vale aqui um parêntese sobre a utilização do termo favela, assumido como um termo melhor adequado do que comunidade, já que mantém o sentido de heterogeneidades sociais presentes.

Mas, apesar de serem moradores de uma favela com alta vulnerabilidade, expostos à violência, problemas de saneamento e habitação, não surgiu nas entrevistas qualquer associação entre saúde e lazer, modos de vida ou cultura da paz;

reforçando uma ideia biologicista, prevalente no discurso e na prática da medicina, que impõe sua cultura dominante.²

Estes resultados vão de encontro à discussão sobre a ampliação do conceito de saúde, que permeia os estudos em Saúde Pública pelo menos desde a década de 60, quando debates amplos em todo o mundo começaram a realçar a determinação social da saúde, ampliando o cuidado para além da orientação centrada exclusivamente no controle da enfermidade.^{6,7} Com a Conferência de Alma Ata (1978), esses esforços foram consolidados e, em todo mundo, o debate se fortaleceu com as Conferências Internacionais de Saúde e suas Declarações, como a Carta de Ottawa (1986). Seu texto apontava para a influência dos aspectos sociais sobre a saúde, caracterizando-a como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.”⁷ No Brasil, com o movimento de Reforma Sanitária, esse conceito foi incluso na abordagem integral do usuário. Mais tarde, a Integralidade foi valorizada como um dos princípios do SUS.⁸

A representação de saúde registrada por nosso estudo – estar saudável é estar isento de patologias ou apto para o aspecto laboral da vida – é coerente com a lógica de trabalho centrada em consultas médicas rápidas e frequentes, adotada nos últimos anos na Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, pode-se entender a grande demanda para marcação de consultas e atendimentos queixa-conduta, além da baixa adesão a grupos terapêuticos, atividades em sala de espera para promoção de saúde, como observado no cotidiano da unidade de saúde pesquisada. Tais fatos, expressam signos ideológicos¹ que costuram uma realidade que valoriza o corpo enquanto simples produção, enquanto instrumento de produção para o trabalho para as classes dominantes.

A saúde somente é alcançada através do médico

Como exposto acima, a concepção de saúde que emerge das entrevistas é biologicista, reducionista e medicalocêntrica, em acordo com diversos autores que abordam a medicalização da vida e a legitimação do saber técnico biológico e científico como hegemônico na sociedade ocidental contemporânea.^{5,10,11} Uma óbvia conclusão endossa a crença na prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como única forma possível de alcançar bem-estar.^{10,11} As manifestações populares, “leigas”, de cuidado à saúde são desacreditadas em prol do saber científico.⁹ Comportamentos “não-educados” são considerados insuficientes, insalubres, inadequados – até de risco,⁹ o que afasta uma condição de diálogo mútuo, afetando a comunicação entre usuários e profissionais de saúde.

A medicina interpõe sua lógica sobre as formas de viver fazendo com que os sujeitos percam sua singularidade e autonomia, reforçando os sentidos da Biopolítica.⁵

Outra questão é que uma volumosa procura por consultas médicas ambulatoriais tem gerado grande tensão entre a capacidade de oferta dos profissionais e as demandas da população, entre uma equipe que frequentemente funciona em seu limite máximo de atendimento e sujeitos que creem que a única maneira de alcançar saúde é através do encontro com o médico – não com seus pares, não com outros profissionais, não com sua família ou comunidade.

O atendimento médico deve ser imediato, não programado

Ao serem perguntados sobre o que os leva a procurar atendimento em saúde, todos responderam que vão ao médico quando sentem alguma dor ou têm algum

sintoma que precise de remédio. Apesar de todos os entrevistados terem acesso a consultas agendadas (como pré-natal, puericultura e condições crônicas), apenas dois disseram que procuram a Unidade Básica de Saúde quando estão agendados, descartando qualquer demanda de procura por uma medicina preventiva, além de justificar o grande absenteísmo nas consultas previamente agendadas.

“Quando eu passo mal. Dificilmente você vai a um serviço se não está sentindo nada ou se não tem um compromisso” (Entrevistado C).

“Vou só se tiver que fazer um exame ou atacada da bronquite. Fora disso, não” (Entrevista E).

Victor Valla¹³ afirma que profissionais e população não vivem a mesma experiência de doença. Cita como exemplo o modo de trabalho dos sanitaristas, baseado na previsão, em olhar para o futuro e agir no presente de forma a prevenir agravos que possam surgir. Entretanto, as classes populares vivem baseadas na provisão. As dificuldades de sobrevivência fazem com que seu foco seja o presente, não o planejamento para o futuro. As classes populares teriam, então, uma ideia de acumulação e imediatismo.¹³

A preocupação com o acesso, a importância da longitudinalidade e do tempo de espera

Quando perguntados sobre a existência de diferenças no estilo de atendimento entre uma Unidade Básica de Saúde e uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), os entrevistados em geral relataram não perceber qualquer diferença entre ambas. No entanto, ficou claro o quanto valorizam a relação médico-usuário e a longitudinalidade.

“Acho que é a mesma coisa. Sou bem atendida nos dois locais, não posso reclamar.” (Entrevistada A).

“A UPA é emergência, aqui não é, mas aqui já me conhecem, eu conheço e sou bem atendido.” (Entrevistada D).

Outra questão destacada foi o tempo de espera para o atendimento à demanda espontânea:

“A diferença é que na UPA eu fui atendida muito rápido, talvez porque eu estava passando muito mal. Aqui demora um pouco mais, porque a pessoa não está tão mal e tem outro procedimento. É para atender todo mundo, tem que esperar” (Entrevistada C).

“Não vejo diferença nenhuma. Lá na UPA, chegando muito ruim, a gente entra direto, aqui a gente espera. Só essa a diferença. Mais nada” (Entrevistada E).

A grande quantidade de queixas da população, porém sem proposta de soluções

Seria interessante, para nossa análise, diferenciar “queixa” de “demanda”. A queixa seria uma reclamação do usuário como catarse, sem que haja expectativa de melhora quanto a ela. Já sobre a demanda, há uma perspectiva de melhora, de mudança, de transformação.

Parece que entre os usuários pesquisados há uma cultura de insatisfação com os serviços públicos, que se expressa no modo como lidam com os profissionais de saúde. Estariam mais preocupados com queixas do que demandas? Possivelmente sim, principalmente se compreendermos que na base desta insatisfação há uma longa história de descaso com essa parcela da população, fruto de importantes desigualdades econômicas, sociais e ambientais¹⁵.

Assim, os usuários não participam com propostas de mudanças ou melhorias para o serviço de saúde que utilizam. Comunicação e Saúde aumentam espaços no abismo em que se encontram.

Considerações Finais

Se a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários não fizer sentido para ambos, restarão tensões a serem compartilhadas. As consequências podem ser antevistas: profissionais e usuários insatisfeitos, desgastados e desmotivados pelos atritos diários e sentimento de baixa eficácia de suas ações e expectativas. Mas, seria possível promovermos aproximações de sentidos ideológicos opostos em uma sociedade dividida em classes? De que lugar falam os médicos, a medicina, os sujeitos da favela, a população? Que disputas estão colocadas neste cenário?

A pesquisa revelou, com certa obviedade, que a visão dos sujeitos sobre saúde difere dos conceitos utilizados pela Saúde da Família e pela Saúde Coletiva, fazendo supor que novos olhares poderiam ser visitados na premissa de que as necessidades de saúde da população sejam priorizadas. Novos signos poderiam ser tocados.

Apesar do esforço e preocupação dos profissionais de saúde em ofertar cuidado, o que prevalece é um atendimento médico-centrado que, naturalizado pelos usuários, imobiliza iniciativas de autocuidado e participação comunitária, secundarizando, ou mesmo desconsiderando uma medicina que se propõe a ter na integralidade um sentido.

Não basta querer mudar a sociedade, é fundamental saber mudar buscando a igualdade de oportunidade e liberdade para todos e todas.^{14,16} Mas devemos estar atentos para não acabarmos utilizando as

mesmas ferramentas: querermos libertar dominando.¹⁶

Finalizando, na polissemia da saúde, assumimos a comunicação em rede como fundamental, insistindo na aposta de que promover encontros entre a equipe de saúde e os usuários só será possível se profundamente aceitarmos ambiguidades, diferenças e dissensos como caminhos. Estamos prontos para tal?

Referências

1. Bakhtin M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. São Paulo: Hucitec; 1992.
2. Bordieu P. O Poder Simbólico. 9a ed. Rio de Janeiro: Editora; 2006.
3. Minayo MCS, Gomes SFDR. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2012.
4. Minayo MCS. Saúde: concepções e políticas públicas. In: Amâncio Filho A, Moreira MCGB, organizadores. Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997: 138
5. Foucault M. O Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
6. Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília: Editora MS; 2002: 7-17.
7. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm, 2006; 15(2): 352-8.
8. Mattos RA. A integralidade na prática. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1411-1416.
9. Ayres, JRCM, Meyer, DEE, Mello, DF, Valadão, MM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22(6): 1335-1342.
10. Tesser CD. Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Santos BS. Um Discurso sobre as Ciências. 7a. ed. São Paulo: ed. Cortez; 2010.
12. Merhy EE. A Cartografia do Trabalho Vivo. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
13. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública, 1998; 14 (Sup.2): 7-18.
14. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 36a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
15. Baeninger R, organizador. População e Cidades subsidios para o planejamento e para as políticas sociais. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/ UNICAMP; Brasília: UNFPA; 2010.
16. Ceccim RB. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BR). Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS; 2007: 32-45.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: CAMINHOS PARA O ENFRENTAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA

FAMILY VIOLENCE: PATHWAYS FOR COPING IN PUBLIC HEALTH

Adriana Carvalho dos Santos

Especialista em Saúde da Família pela Casa de Saúde Santa Marcelina.

E-mail: adrianna.csantos@gmail.com

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

E-mail: maralisi@globo.com

Débora Dupas G. Nascimento

Doutora em Ciências, Universidade de São Paulo. Pesquisadora em Saúde Pública, Fiocruz Mato Grosso do Sul.

E-mail: ddupas@uol.com.br

Resumo

A violência é um assunto relevante na área da saúde, pois suas consequências causam grande impacto na integridade do indivíduo, afetando seu bem-estar físico, moral, espiritual e mental. A violência intrafamiliar, por sua vez, representa um importante desafio aos profissionais da saúde pública, que se sentem inseguros e despreparados para manejar essa situação. Frente a isso, o presente estudo se propôs a identificar como os serviços de saúde abordam as situações de violência intrafamiliar no cotidiano da prática. Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, realizada nos últimos cinco anos. Foram consultadas duas bases de dados, Lilacs e Scielo, e utilizados os descritores “violência” e “serviços de saúde”. Os 12 artigos que compuseram a amostra atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Constatou-se que a maioria dos autores optou pelo delineamento qualitativo e escolheu a entrevista para realizar a coleta de dados. Grande parte dos estudos foi desenvolvida na região Sudeste do País, tendo a amostra composta por profissionais de saúde, usuários e profissionais de outras áreas. Observou-se que a violência intrafamiliar é comumente relacionada à violência contra a mulher e a perspectiva diagnóstica do problema é amplamente discutida, apesar da escassez de relatos de experiência. Nota-se que os profissionais de saúde se sentem pouco habilitados para lidar

com a questão e têm dificuldade para reconhecê-la como um problema de interesse epidemiológico e social, o que reflete no baixo número de notificações e impede a visualização dos efeitos desse fenômeno sobre os indivíduos, famílias e comunidades.

Palavras-chave: Violência; Violência Doméstica; Serviços de Saúde.

Abstract: Violence is an important issue in health care because it takes toward deep impacts on the personal integrity, affecting physical, moral, spiritual and mental well-being. Family Violence, in turn, represents an important challenge for public healthcare professionals who are insecure and unprepared to manage this situation. Faced to it, this study was performed to identify how health services deal with these issues on its routine. It is a data literature survey performed in the past five years. Two databases, Lilacs and Scielo were surveyed and the keywords “violence” and “health services” were researched. The sampled 12 articles matched the inclusion criteria previously established. We found that most authors used a qualitative design and choose interview procedures as data collection. Most of the studies were developed in the Southeast of the country and the sample data was composed by healthcare professionals, patients and professionals from other areas. We observed that domestic violence is commonly related to violence against women and the diagnostic perspective of this problem is widely discussed, despite the lack of experience reports. During the study we noticed that healthcare professionals feel themselves poorly qualified to deal with this problem and does not recognize it as a trouble for social and epidemiological interest. It reflects the low number of violence cases notifications and blocks the view of the effects of this phenomenon on individuals, families and communities.

Keywords: Violence; Domestic Violence; Healthcare Services.

Introdução

A violência pode ser definida como a ação humana capaz de provocar a morte de outros homens ou impactar em seu bem-estar físico, moral, espiritual ou mental.¹ Esse fenômeno é relevante e desperta o interesse da área da saúde face ao efeito que suas consequências têm na integridade do indivíduo e do coletivo.²

Um exemplo de violência que se configura como um grande desafio para gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), é a violência intrafamiliar, que “*caracteriza-se pelas variadas formas de violência interpessoal: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras*”.^{3:15} A violência doméstica pode ser praticada por um ou mais autores, que mantenham com as vítimas laços familiares, matrimoniais, algum grau de parentesco ou vínculo afetivo, muitas vezes ligado as relações de poder.³

A conjunção dos setores e saberes presentes no campo da saúde pode contribuir significativamente para a redução da violência. Para que esse objetivo seja alcançado, Dahlberg & Krug⁴ alertam para a adoção de quatro etapas essenciais: 1) analisar o fenômeno da violência identificando sua amplitude, características e consequências; 2) pesquisar as causas e os fatores associados ao problema, verificando riscos e possibilidades de intervenção; 3) utilizar os dados para elaborar ações de prevenção, efetuando seu planejamento, execução, monitoramento e avaliação; 4) disseminar as iniciativas que pareçam promissoras, divulgando seus custos e resultados.

Conhecer a visão que o trabalhador da saúde tem sobre a violência também

é imprescindível, uma vez que suas convicções tendem a influenciar na forma de ofertarem assistência e cuidado.⁵ Em estudo desenvolvido com profissionais da saúde mexicanos, foram relacionadas diferentes concepções acerca da violência contra as mulheres e foi possível verificar que alguns profissionais preferem ignorar a existência do problema, enquanto outros sentem compaixão pelas vítimas e as motivam a sair dessa situação. Existem, ainda, aqueles que concebem a violência como um atraso cultural e educacional e tecem críticas severas às vítimas e os que condenam fortemente a violência contra a mulher, considerando-a um delito e uma violação dos direitos humanos.⁶

Segundo Moreira⁷, idosos, mulheres, crianças e adolescentes constituem os principais alvos de agressões que, em sua maioria, ocorrem nos domicílios e apresentam elevado nível de reincidência.

De acordo com o sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA)⁸, a violência sexual representa o principal motivo de atendimento a crianças e adolescentes nos serviços de referência, superando as agressões físicas. Entre crianças de zero a nove anos, a violência sexual correspondeu a 44% dos atendimentos, enquanto a violência física gerou 29% dos atendimentos a essa faixa etária.³

Em relação ao gênero feminino, dados do Mapa da Violência de 2012 revelam que o Brasil ficou em 7ª colocação no quesito “número de homicídio de mulheres”, diante dos demais países pesquisados, que representavam um total de 84.⁹

Apesar dos números expressivos, Herrera & Agoff⁶ enfatizam que algumas pessoas desistem de buscar auxílio por se sentirem duplamente violentadas pelo abusador e também pelo profissional de saúde. As autoras evidenciaram que os pacientes nem sempre são inqueridos sobre violência doméstica, mesmo diante de indícios e sinais que podem caracterizar a

ocorrência de algum tipo de violência.

Dossi¹⁰ constatou que muitas vítimas que recorreram aos serviços de saúde, ao sofrer uma agressão, relataram não receber diagnóstico relacionado à violência e notaram o desinteresse do profissional, mesmo quando lhes comunicavam a situação. Esse estudo ressalta a insegurança dos profissionais de saúde, que não recebem capacitação adequada e periódica que possibilite desenvolver habilidades para melhor manejo dos casos e para a realização da notificação.

Com a publicação da Portaria Ministerial 104, de 25 de janeiro de 2011¹¹, as violências doméstica e sexual, entre outras, foram incluídas na lista de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória,⁷ sendo esta

... obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.¹¹

Deslandes¹² explica que a resistência dos profissionais para assumir uma notificação de maus tratos fundamenta-se em aspectos como: a) experiências desfavoráveis (retaliações sofridas ou relatadas); b) receio de que a vítima seja institucionalizada; c) compreensão de que se trata de um problema exclusivamente familiar; d) insegurança quanto ao diagnóstico, medo de cometer um engano; e) concepção de que o atendimento prestado deve se limitar aos cuidados das lesões; f) desconfiança sobre suas reais condições de intervenção.

A mesma autora salienta a necessidade das instituições oferecerem maior suporte

aos profissionais de saúde:

Seporumladoéderesponsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso. Há que se criar uma “rotina institucional” para a notificação, identificando-se etapas e atribuições: um “quem faz o quê” entre os diversos atores, médicos (as) e enfermeiros (as), chefes de equipe médica e de enfermagem, chefias da emergência, serviço social da emergência, Direção do hospital e Secretaria Municipal de Saúde.^{12:91}

No contexto da saúde pública, o levantamento das informações relativas à violência intrafamiliar são de extrema relevância para: 1) verificar quais são os tipos de violência e acidentes, com consequente identificação do perfil epidemiológico; 2) fazer o levantamento dos fatores de risco existentes; 3) criar estratégias para a promoção da saúde e para a prevenção dos agravos; 4) desenvolver políticas públicas para o enfrentamento dessa problemática, articulando diferentes setores da sociedade e 5) contribuir para a melhoria das ações de assistência, recuperação e reabilitação.¹³

Considerando a magnitude do tema violência para o setor da Saúde e os desafios que diariamente são impostos aos profissionais da área, faz-se necessário investigar os caminhos já percorridos para o enfrentamento do problema.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a identificar, por meio da literatura brasileira, como os serviços de saúde abordam as situações de violência intrafamiliar no cotidiano da prática. Estima-se que as informações levantadas possam contribuir para o debate e para o desenvolvimento de novas ações e estratégias em torno dessa questão.

Método

Trata-se de uma revisão bibliográfica que, segundo Cervo & Bervian,^{14:65-66} é aquela em que se “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”, a fim de analisar as colaborações científicas ou culturais já existentes sobre um assunto ou problema específicos.

Neste estudo, pretendeu-se fazer o levantamento de artigos que discutissem acerca da violência no espaço doméstico e suas interfaces com os serviços de saúde. Para isso, foram selecionadas duas bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)¹⁵ e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*).¹⁶

A base de dados Lilacs¹⁵ é o mais amplo e relevante índice de literatura científica da América Latina e do Caribe. Já a base Scielo¹⁶, corresponde a uma biblioteca eletrônica que contém uma extensa seleção de periódicos científicos nacionais.

Para efetuar a busca nessas bases, foram utilizados os descritores “violência” e “serviços de saúde”, ambos cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) até o final do ano de 2013. Com o descritor “violência”, houve um resultado de 2039 artigos na base Scielo¹⁶ e 6522 na base Lilacs¹⁵. Quando foram combinados os descritores “violência” e “serviços de saúde”, foram encontrados 22 artigos na Scielo¹⁶ e 86 na Lilacs.¹⁵

O total de artigos levantados foi submetido ao crivo de critérios de inclusão e exclusão, previamente estabelecidos. Foram incluídos os estudos publicados a partir do ano de 2009, em língua portuguesa, cujo texto estava disponível integralmente na internet e que retratavam aspectos da realidade brasileira. Teses, dissertações, cartilhas e estudos que não abordaram a temática, não foram considerados.

Após a leitura integral dos artigos selecionados, verificou-se que apenas 12 correspondiam aos critérios estabelecidos no método, sendo que sete foram localizados somente na Scielo¹⁶, três somente na Lilacs¹⁵ e dois em ambas as bases.

Para este estudo, optou-se por um recorte dos anos de 2009 a 2013, procurando levantar dados atuais acerca do assunto em questão. Foram encontradas publicações em todos os anos desse período, sendo duas publicações em 2009, duas em 2010, quatro em 2011, duas em 2012 e duas em 2013.

Resultados e Discussão

O quadro 1 apresenta a relação de artigos que compuseram a amostra deste estudo.

ARTIGO	AUTORES	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	LOCAL DE ESTUDO
A1	VILLELA, Wilza Vieira et al.	Qualitativo	São Paulo
A2	VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos.	Quantitativo	São Paulo
A3	VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al.	Quantitativo	Ceará
A4	HESLER, Lilian Zielke et al.	Qualitativo	Rio Grande do Sul
A5	SAURET, Gerard Viader et al.	Qualitativo	Pernambuco
A6	SCHRAIBER, Lilia Blima et al.	Quantitativo	São Paulo
A7	PEDROSA, Claudia Mara.	Qualitativo	São Paulo
A8	GRANJA, Edna; MEDRADO, Benedito.	Qualitativo	Pernambuco
A9	CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; SOUZA, Edinilsa Ramos de.	Qualitativo	Rio de Janeiro
A10	LIMA, Maria Luiza Carvalho de et al.	Quanti-Quali	Rio de Janeiro / Pernambuco / Paraná / Amazonas / Distrito Federal
A11	BERGER, Sônia Maria Dantas; GIFFIN, Karen Mary.	Qualitativo	Rio de Janeiro
A12	SILVA, Aline Gaudard e; MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael Eduardo.	Quantitativo	Rio de Janeiro

Quadro 1. Estudos inseridos na revisão de literatura acerca as violências no espaço doméstico e suas interfaces com os serviços de saúde.

Foi possível constatar que a maioria dos autores optou pelo delineamento qualitativo, o que correspondeu a sete artigos;^{17,18,19,20,21,22,23} quatro adotaram o delineamento quantitativo^{24,25,26,27}; e em um artigo se observou a associação dos dois métodos.²⁸ No que se refere à estratégia para coleta dos dados, nove utilizaram entrevista^{17,18,19,20,28,22,25,26,13}; quatro aplicaram questionários^{28,24,25,26}; quatro recorreram a registros de observação^{17,19,22,23}; um consultou fichas de notificação²⁷; e dois consideraram informações obtidas durante oficinas de intervenção.^{17,21}

Quanto à região em que se desenvolveu o estudo, verificou-se a seguinte disposição: oito no Sudeste;^{17,18,28,21,24,25,26,23} quatro no Nordeste;^{19,28,22,27}; dois no Sul;^{20,28} um no Norte²⁸; e um no Centro-Oeste.²⁸

No que tange à amostra, cinco estudos foram realizados apenas com profissionais de saúde;^{17,18,20,28,22} cinco apenas com usuários de serviços de saúde^{21,24,25,13,27}, sendo que, em um deles, os dados foram obtidos por meio de fichas de notificação; e duas amostras incluíram profissionais de saúde e de outras áreas, tais como segurança pública e social.^{19,23}

Dos 12 artigos, sete trazem como assunto central a violência contra o gênero feminino. Somente dois^{19,24} tiveram o gênero masculino como principal objeto de estudo, mesmo assim, trazendo, entre outros assuntos, discussões a respeito da violência contra a mulher. Os demais discutem a violência contra crianças e adolescentes²² e a violência contra idosos.^{18,28} A maior produção científica voltada para violência contra o gênero feminino pode estar associada ao fato de a mulher ser a principal vítima da violência doméstica e sexual em todas as fases da vida, como apontam informações registradas no sistema VIVA.⁸

Quanto aos objetivos dos estudos, foi possível categorizá-los da seguinte forma: quatro^{18,19,28,23} avaliaram o atendimento prestado às vítimas; quatro^{24,25,26,27} traçaram

uma análise epidemiológica acerca de fenômenos associados à violência; dois^{20,22} investigaram a representação social da violência na perspectiva do profissional de saúde; um²¹ apresentou resultados de uma intervenção; e, por fim, um¹⁷ investigou a representação social da violência na visão do profissional de saúde, além de relatar uma intervenção realizada.

Os estudos demonstraram que a presença de determinados fatores favorecem a ocorrência da violência, como uso de álcool e drogas, condição socioeconômica desfavorável (como morar de aluguel ou favor) e a presença de histórico de violência familiar tanto na vida do ofensor quanto da vítima.^{24,25,26,27}

Nota-se a similaridade entre os dados obtidos neste estudo com os achados de Marinheiro et al,²⁹ que observaram que o uso de drogas pelo parceiro íntimo, a condição socioeconômica desfavorável e o histórico de violência familiar são produtores de violência psicológica. Já os riscos para violência física envolvem o uso de drogas pelo parceiro, baixa escolaridade e histórico de violência familiar. No que diz respeito à violência sexual, destacam que a condição socioeconômica e a história de violência familiar favorecem a sua ocorrência, enquanto que o uso de drogas pelo parceiro, a condição socioeconômica e a história de violência familiar representam riscos para todos os tipos de violência.

Vieira et al²⁶ ressaltam que a escolaridade é um importante fator de proteção para as mulheres. Os autores verificaram que 48,2% das vítimas de sexo feminino tinham até oito anos de escolaridade, 43,4% tinham entre nove e 11 anos de estudo e somente 8,2% havia frequentado a escola por mais de 12 anos. Tais dados coincidem com os achados de Marinheiro et al²⁹, que constataram que menos anos de escolaridade correspondem a maior índice de violência. Em sua amostra, 32,4% das mulheres que sofreram violência

física tinham cursado até o primeiro grau, enquanto as agressões a mulheres mais instruídas corresponderam a 19,8%.

Ficou evidenciada a recorrência de discussões referentes à insuficiência estrutural dos equipamentos de saúde para o atendimento às vítimas, assim como a escassez de ambientes adequados para o acolhimento das queixas e de salas que preservem a privacidade daqueles que buscam ajuda e orientação. A necessidade de estruturação da rede e o conhecimento e a implantação dos fluxos para encaminhamento dos casos foram outros pontos frágeis identificados.^{17,18,19,28,23}

Cavalcanti & Souza,¹⁸ ao tratar da violência contra idosos, notam que a assistência enfrenta grandes limitações como a superlotação dos hospitais, que recebem nas emergências pacientes que deveriam ser acolhidos na Atenção Básica, escassez de leitos de retaguarda e falta de uma rede estruturada para o adequado suporte social.

Notificar casos de violência aparece como mais uma fragilidade, como destacam Lima et al²⁸, ao realizarem uma análise da assistência oferecida à população idosa nos serviços hospitalares. Os autores constataram que os hospitais não vêm seguindo a orientação de notificar os casos suspeitos e confirmados de violência, pois grande parte dos serviços que participaram do estudo não realizava notificação sistemática dos casos. A subnotificação também foi discutida no estudo de Kind et al,³⁰ no qual os profissionais entrevistados identificaram como obstáculos à notificação questões como medo de retaliação, constrangimento frente às situações de violência contra a mulher, dificuldade em preencher a ficha, entre outros.

Alguns autores também ressaltam a falta de capacitação dos profissionais para tratar do tema violência, a ausência de uma escuta qualificada para identificar fatores de risco e possíveis vítimas, a insegurança

na abordagem do tema, além da dificuldade para lidar com a diversidade de grupos sociais atingidos pelo problema (mulheres, idosos, crianças, adolescentes etc.).^{17,18,19,28,23}

Foi possível perceber que em determinados casos os profissionais que prestam atendimento às vítimas acabam por responsabilizá-las pela violência sofrida. No estudo de Villela et al²³ verificou-se que nas situações em que a mulher é vítima de violência sexual, mas se descobre que o fato se deu após o uso de substância psicoativa, é comum que profissionais, tanto da saúde quanto da segurança pública, a responsabilizem pelo ocorrido. Esse julgamento também foi identificado no estudo de Kiss & Schraiber,³¹ em que grande parte dos profissionais entrevistados considera a mulher responsável pela situação que vivencia, sendo esta o resultado de suas escolhas.

Nos artigos em que são relatadas experiências de intervenção, fica claro o interesse e a opção dos autores por estratégias que propiciam maior nível de reflexão, sensibilização e qualificação da escuta do profissional para trabalhar com as situações de violência encontradas em sua prática diária.^{17,21}

Considerações Finais

Neste estudo, verificou-se que a violência intrafamiliar é comumente relacionada à violência praticada contra o gênero feminino. Nota-se, contudo, que outros grupos também são afetados, tais como idosos, crianças e adolescentes. O homem, por vezes, aparece como o principal ofensor, porém, são escassos os estudos que se propõem a investigar o lugar do gênero masculino nesse contexto, seja no papel de vítima, seja no papel de ofensor.

Discute-se amplamente a perspectiva diagnóstica do problema da violência,

porém há poucos registros de intervenções que possam direcionar as ações dos profissionais de saúde em seu cotidiano. Observa-se que esse assunto mobiliza sentimentos de angústia, insegurança e revolta nos profissionais, que se consideram pouco hábeis para lidar com o problema. Nota-se também uma naturalização e um ocultamento do fenômeno, que é compreendido como algo de caráter particular e de difícil manejo.

A falta de capacitação específica, a inadequada estruturação da rede de

apoio e a dificuldade em exercer uma atuação multidisciplinar efetiva dificultam a reflexão e o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que a violência doméstica é um problema de interesse epidemiológico e social, que ultrapassa o caráter particular e invade a esfera da saúde pública. Consequentemente, essa concepção mais restrita acerca do problema reflete no baixo número de notificações e impede a visualização da amplitude e do impacto que esse fenômeno causa nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades.

Referências

1. Minayo MCS, Souza E R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. Cienc. Saúde -Manguinhos*. 1997 Nov; 4(3): 513-531.
2. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 11(Sup): 1259-1267.
3. Ministério da Saúde (BR). Painel de Indicadores do SUS. Brasília: MS; 2008.
4. Dahlberg LL, Krug EG.. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 11(Sup) 1163-1178.
5. Souza MKB, Santana JSS. Concepções de enfermeiros gestores municipais de saúde sobre violência. *Revista Enfermagem (UERJ)*. 2007 Jan-Mar; 15(1): 94-9.
6. Herrera C, Agoff C. Dilemas del profesional médico ante la violencia de pareja em México. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Nov; 22(11): 2349-2357.
7. Moreira, TNF. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012.
8. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de Violências e Acidentes. Brasília: MS; 2007.
9. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil. Instituto Sangari; 2012.
10. Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação de mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação

compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.

12. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciênc. saúde coletiva*; 1999; 4(1): 81-94.
13. Secretaria municipal da saúde (SP). Sistema de informação para a vigilância de violências e acidentes - SIVVA - Manual de Preenchimento Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados Secretaria. São Paulo: SMS; 2007.
14. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
15. Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [homepage na internet]. Acesso em 08 de dezembro 2013. Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org>.
16. Scientific Electronic Library Online [homepage na internet]. Acesso em 08 de dezembro 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org>.
17. Berger SMD, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*; 2011 Abr-Jun; 15(37): 391-405.
18. Cavalcanti MLT, Souza ER de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 Set; 15(6): 2699-2708.
19. Granja E, Medrado B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicol. Soc.* 2009 Jan-Abr; 21(1): 25-34.
20. Hesler LZ, Costa MC da, Resta D G, Colomé I C S. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2013 Mar; 34 (1): 180-186.
21. Pedrosa CM. A construção de uma ferramenta social para promoção da saúde e dos direitos das mulheres. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2009 Jan-Abr; 19(42): 123-129.
22. Sauret GV, Carneiro RM, Valongueiro S, Vasconcelos MGL de. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*; 2011 Jul-Set; 11(3): 265-273.
23. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira M L, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc*. 2011 Jan-Mar; 20(1): p.113-123.
24. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP de. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2012 Dez; 15(4): 790-803.
25. Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Jan-Jul; 28(7): 1359-1370.
26. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2011 Ago; 45(4): 730-7.

- ²⁷. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araújo MAL, Silva RM da. Fatores associados a sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2013 Jul-Ago; 21(4): [08 telas].
- ²⁸. Lima MLC de, Souza ER de, Acioli RML, Bezerra ED. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Set; 15 (6): 2687-2697.
- ²⁹. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. Saúde Pública. 2006 Ago; 40 (4): 604-10.
- ³⁰. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza G A de, Ferreira M F F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2013 Set; 29(9): 1805-1815.
- ³¹. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2011 Mar; 16(3): 1943-1952.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p31-42>

O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E PORTUGAL: QUAL O FUTURO?

BRAZIL AND PORTUGAL HEALTH SYSTEMS' FUNDING: WHAT IS THE FUTURE?

Janice Dornelles de Castro

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Ciências Econômicas - Programa de Pós-Graduação em Economia.

E-mail: janice.castro@ufrgs.br

Soraya Vargas Cortes

Doutora em Social Policy And Administration pela London School Of Economics And Political Science. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

E-mail: vargascortes@ufrgs.br

Resumo

O artigo examina as diferentes alternativas de financiamento dos sistemas de saúde pública no Brasil e Portugal, identificando o processo de organização, as modalidades de financiamento e o papel dos diferentes atores. A caracterização detalhada do financiamento, idéias, crenças, interesses das partes, arranjos institucionais, mobilização de comunidades profissionais, coligações e poder de decisão foram realizados. As informações foram analisadas à luz do legado institucional e do contexto político macro. O objetivo foi identificar os processos endógenos e peculiares em cada país e as características comuns relacionados com a ação de atores e processos institucionais supranacionais em relação à discussão de como as políticas de financiamento são definidas.

Palavras-chave: Sistemas de saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Saúde pública.

Abstract

We analyzed different funding alternatives of Brazil and Portugal Public Health Systems, pointing out organization process, funding strategies and the role of different actors. The detailed funding description, ideas, beliefs, stakeholders interests, institutional arrangements, professional communities mobilization, coalitions and decision-making authority was performed. These data were analyzed in the focus of institutional legacy and macro political. The objective was to identify the endogenous and peculiar processes in each country and the matching features according to the action of actors and supranational institutional processes related to the discussion of how funding policies are defined.

Keywords: Health Systems; Healthcare Funding; Public Health.

Introdução

O problema fundamental da investigação indaga sobre o papel das comunidades de políticas, articulando atores sociais e burocracias governamentais, na definição da agenda política governamental, isso, sem desconsiderar a importância das instituições políticas e econômicas que modelam a ação desses atores. O objeto empírico da pesquisa é a análise de como se estruturaram as modalidades de financiamento do sistema público de saúde, no Brasil e em Portugal, enfatizando o papel dos atores envolvidos na sua estruturação e dessas modalidades de financiamento no processo de desenvolvimento econômico dos países.

No pós segunda guerra, os diferentes Estados de bem-estar social implantados nos

países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) contribuíram para a redução da pobreza e melhoraram a saúde da população. No final dos anos 70, esses modelos se tornaram mais individualistas, fenômeno que promoveu, em países de baixa e média renda, um problema com dívidas, empréstimos e financiamentos com países de alta renda e instituições financeiras, criando muitas dificuldades para o estabelecimento de um sistema de saúde igualitário.¹ Durante um longo período a discussão sobre o desenvolvimento econômico e saúde perde força, sendo subordinada ao discurso e teses neoliberais hegemônicos que priorizavam a discussão da reorganização macroeconômica dos países, do papel do Estado ou Estado mínimo, reorientação do gasto público, da modernização da gestão e das políticas de privatização.^{2,3,4,5,6}

Apenas nos anos 2000 retoma-se a discussão do desenvolvimento econômico e saúde. Para Mollo "O interesse crescente pelo tema desenvolvimentismo, após três décadas de arquivamento acadêmico, tendo em vista a hegemonia ortodoxa neoliberal, é alvissareiro."^{7:23} Nesse período muitas reformas nos sistemas de saúde foram propostas e eventualmente implementadas visando a redução do papel do Estado.

De acordo com Jomo⁸ que realizou um estudo sobre os efeitos da globalização e da liberalização da economia em cinco países asiáticos: Indonésia, Malásia, Coréia, Tailândia e Taiwan, o Consenso de Washington e as propostas do Banco Mundial criaram uma hegemonia do pensamento econômico em relação à eficiência das políticas de minimização do Estado para promover o crescimento econômico. As intervenções seletivas do Estado, em que pese tenham contribuído para um crescimento rápido, mudanças estruturais, desenvolvimento da capacidade de competição internacional da indústria, aumento do emprego e dos salários médios, não teve consequências

diretas na diminuição da desigualdade ou numa melhor distribuição de renda. O pequeno investimento na criação de redes de proteção social, para se contrapor as rápidas mudanças estruturais e aos ciclos econômicos promoveu um desastre social quando da crise monetária e financeira de 1997 e a recessão que se seguiu, evidenciando inadequação dessa política.

Os Objetivos do Milênio para 2015 propostos pela ONU considera como requisito para o desenvolvimento econômico e social o investimento em saúde, ciência e tecnologia, de acordo com Morel⁹ esse deve ser o grande desafio para os países em desenvolvimento, pois será necessário organizar sistemas de pesquisas em saúde baseados em prioridades sanitárias e ainda, assegurar a incorporação dos resultados na política e ações de saúde. Para Gadelha¹⁰ todos os países que se desenvolveram e passaram a competir em melhores condições com os mais avançados, associaram uma indústria forte com uma base endógena de conhecimento, de aprendizado e de inovação. Utilizando dados de comércio exterior, demonstram como a desconsideração da lógica do desenvolvimento nas políticas de saúde levou a uma situação de vulnerabilidade econômica do setor que pode limitar os objetivos de universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, um país que pretende chegar a uma condição de desenvolvimento e de independência requer, ao mesmo tempo, indústrias fortes e inovadoras e um sistema de saúde inclusivo e universal.

Após um período de poucas discussões, o atual momento é de muitas propostas em relação ao conceito de desenvolvimento econômico, saúde e a relação com a desigualdade. A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS¹¹ propôs uma nova visão para o desenvolvimento econômico, sugere que saúde e equidade em saúde devem ser o principal resultado das políticas

sociais e, em que pese a importância do crescimento econômico, especialmente para os países pobres, que não é suficiente para garantir equidade nos resultados das políticas sociais, propondo um modelo para explicar o que determina as desigualdades em saúde.

Em relação a esta discussão temos a posição de Mirvis¹² em artigo que trata dos motivos pelos quais a melhora na saúde gera desenvolvimento econômico, focando a relação entre a saúde da população e a sua produtividade econômica. Para comprovar esta relação são feitas análises de períodos da história econômica, ficando evidente que vários dos booms econômicos estão associados com controle de doenças e melhora na nutrição. Neste caso, saúde é uma commodity macroeconômica e a infraestrutura do sistema de saúde de países em desenvolvimento é um pré-requisito para estimular o desenvolvimento econômico, assim como a boa saúde da população é de vital importância para a redução da pobreza e para o crescimento econômico de curto e longo prazo. Acredita que a produtividade econômica está diretamente relacionada com a saúde por quatro fatores principais: a) Doenças reduzem o bem-estar econômico dos indivíduos pela redução de renda familiar, gasto com cuidados de saúde, perdas de rendas futuras, redução de expectativa de vida e diminuição da produtividade devido ao estado físico e psicológico do indivíduo; b) Falta de saúde têm consequências no futuro, pois doenças durante a gestação ou na primeira infância têm efeitos nas habilidades cognitivas e psicológica, podendo limitar a educação. Além disso, a doença de uma geração pode influenciar diretamente na outra, pois doentes não oferecem apoio necessário para a educação; c) Altas taxas de mortalidade infantil e de fertilidade levam famílias mais pobres a compensar a alta taxa de mortalidade, tendo um maior número de filhos, restando pouca renda para ser gasta

por filho; d) Falta de saúde em uma área tem consequências para toda a sociedade, pois reduz os investimentos externos, o turismo, afeta a força de trabalho e mobiliza os escassos recursos, deixando outras esferas sem cobertura.

Discute ainda que o valor econômico do aumento na expectativa de vida é tão grande quanto o valor de todos os outros bens de consumo e serviços juntos. Cada ano de vida perdido devido a morte prematura, leva a uma perda econômica equivalente a três vezes a renda anual desse indivíduo e o aumento de 10% na expectativa de vida está associado com um crescimento econômico de 0,3 a 0,4% por ano.¹² Podemos concluir que existe uma forte relação entre saúde e desenvolvimento econômico, mas como garantir a diminuição das desigualdades relacionadas com a saúde e obter um desenvolvimento econômico que seja socialmente justo?

Com objetivo de esclarecer essa questão inúmeros autores discutem a diferença entre desigualdade em saúde e desigualdade social em saúde. A desigualdade em saúde é a ausência de diferenças em saúde, injustas e inevitáveis entre grupos populacionais definidos social, demográfica e geograficamente. As desigualdades sociais em saúde, por sua vez, referem-se as distintas oportunidades e recursos relacionados com a saúde que as pessoas acessam em função de sua classe social, sexo ou etnia que tendem a aumentar, pois a saúde melhora mais rápido para os indivíduos de classes sociais mais elevadas, entretanto, essa tendência poderá ser alterada se forem aplicadas as intervenções e políticas públicas sanitárias e sociais adequadas.^{13,14,15}

Segundo Fleurbaey e Schokkarert¹⁴ num mesmo grupo social existem diferenças em saúde que podem ser completamente identificadas por diferença nos costumes, como o fumo, por exemplo, essas

desigualdades são justas. As diferenças no uso dos serviços de saúde que se refletem na diferença de necessidades, por sua vez, são desejáveis. Existem desigualdades legítimas e não-legítimas, sendo legítimas (justas) as que dependem da responsabilidade individual. Por isso, as diferentes visões sobre equidade são apenas questão do que a pessoa considera como legítimo ou ilegítimo.

Ainda em relação à discussão da necessidade da construção de um desenvolvimento econômico socialmente justo, Borrelle Artazcoz¹³ apresentam um modelo para avaliar desigualdades que foi proposto pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo composto por um conjunto de determinantes: a) os estruturais, relativos ao contexto socioeconômico e posição socioeconômica e b) intermediários, relativo as circunstâncias materiais, psicossociais e fatores comportamentais e biológicos.¹³ Blas,¹ por sua vez, apresenta outra proposta da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS sobre os papéis que o Estado e a sociedade devem desempenhar para gerar maior equidade em saúde segundo nove redes de conhecimento (*nine knowledge networks*) são elas: desenvolvimento da primeira infância, condições de emprego, sistemas de saúde, contexto urbano, globalização, exclusão social, igualdade de gêneros, condições de saúde pública prioritárias, mensuração e evidências. Ou seja, os governos podem agir como: a) provedor dos direitos humanos e serviços essenciais; b) facilitador de políticas que forneçam bases para o desenvolvimento da equidade em saúde; c) coletor e monitor de dados sobre sua população que forneçam informações sobre equidade em saúde. A sociedade tem um papel fundamental para a redução da desigualdade.¹ O engajamento das comunidades nas decisões é mais apropriado e efetivo, indicando o que a

população prefere e precisa. Para que esses grupos da sociedade funcionem melhorando o sistema, é necessário que o governo reconheça a legitimidade política da sociedade civil e a voz da comunidade, designando políticas que lhes deem real poder.

Para Fleurbaey e Schokkarert¹⁴ a igualdade no uso dos recursos de cuidados em saúde não determina a igualdade nos cuidados de saúde, pois o que realmente importa são os impactos desses cuidados de saúde. Por isso, a preocupação deve ser sobre a composição do consumo em saúde, mesmo que o uso dos recursos seja igualitário. Se uma pessoa adquire tratamento de qualidade inferior, devido a fatores que não são de sua responsabilidade, é difícil sustentar que não há injusta desigualdade em saúde. Porém, remover as desigualdades em cuidados de saúde não é suficiente para remover completamente as desigualdades em saúde.

Como vimos anteriormente, a busca pela equidade é um processo cujo primeiro passo é o reconhecimento e detalhamento das desigualdades sociais.^{1,12,13,14,16,17} Portanto é muito importante para o planejamento das políticas públicas, a construção de um índice de condições de vida e saúde (ICVD) que refletisse a complexidade da realidade de saúde e doença. Luiz¹⁸ elaborou esse índice, utilizando quatro dimensões: econômica, consciência e conduta, ecológica e biológica e, com base em 16 indicadores: demografia, renda, oferta e produção de serviços de saúde, meio ambiente e habitação, educação.¹⁸

Este é um estudo que integra discussões da economia e da sociologia política, pois trata das relações entre Estado e sociedade, focalizando os fatores e os atores que ocasionam a mudança no curso das ações governamentais provocando a interrupção da vigência de padrões de funcionamento de políticas já existentes,

ao ponto de promoverem rupturas ou rearranjos incrementais e deflagram inovações político-institucionais.

Tem como propósito investigar o processo de construção de políticas públicas na área da saúde, no caso o financiamento dos sistemas públicos de saúde, em uma perspectiva comparada, abordando, por um lado, o modo como atores sociais e estatais agem na defesa de propostas que vêm a ocupar lugar central no debate público setorial especializado. Tanto no Brasil, quanto em Portugal, o modo como se estruturaram as políticas de financiamento dos sistemas públicos cumpriram com o papel de criar e sustentar um setor dinâmico de acumulação capital¹⁹ e, ao mesmo tempo, organizar o mercado de trabalho para o capital, onde os atores sociais visam “exercer influência por meio da participação em associações e movimentos democráticos”^{20:427} e os atores de mercado, controlar, administrar a produção e maximizar seus lucros e os decisores econômicos têm a produtividade e o lucro como o sentido principal de suas ações políticas, sendo guiados por tais imperativos. Importante salientar que as reformas ocorridas nos sistemas de saúde dos dois países foram concomitantes com importantes mudanças políticas e demográficas, como o final dos períodos ditatoriais, a integração em blocos econômicos (Comunidade Europeia e Mercosul), a urbanização, drástica diminuição da mortalidade infantil e aumento da esperança da vida.²¹

Objetivos

Analisar os processos de formulação das políticas de financiamento dos sistemas públicos de saúde e a sua inclusão na agenda política governamental.

Métodos

Este é um estudo empírico que usa a pesquisa bibliográfica e documental e dados secundários do tipo séries temporais.²²

Inicialmente foi feita a revisão de literatura sobre financiamento dos sistemas públicos de saúde no Brasil e Portugal. Essa revisão foi realizada com base nos principais artigos e livros publicados sobre o tema, utilizando as palavras-chave financiamento da saúde, economia da saúde, políticas de financiamento da saúde e gestão em saúde. A primeira seleção foi a partir da indicação de artigos ou livros considerados relevantes pelos entrevistados, uma segunda seleção foi usando as mesmas palavras-chave no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), no período de 1980 a 2012. E por fim, o mesmo levantamento foi realizado no acervo da biblioteca da Escola Nacional de Saúde, em Lisboa, Portugal.

A pesquisa documental foi realizada com base principalmente nos documentos produzidos por atores individuais e coletivos, estatais e societários analisando suas posições em relação às propostas de políticas de financiamento, produzido no mesmo período. A análise da literatura e o exame de documentos, serviram como apoio para que os pesquisadores realizassem interpretações sobre o processo sócio-político de construção das agendas governamentais referentes ao financiamento público dos sistemas de saúde no Brasil e Portugal.

A segunda etapa foi de coleta e sistematização de dados de financiamento, realizada através de visitas aos organismos de gestão financeira do Serviço Nacional de Saúde português; coleta e análise de documentos, dados secundários sobre financiamento e gasto público e coleta de informações nos sistemas de informação

do Ministério da Saúde no Brasil. Após a coleta os dados foram tabulados para a análise e comparação das informações referentes ao Brasil e os obtidos em Portugal.

Discussão e Resultados

A análise sistemática da literatura, o exame de documentos, permitiu chegarmos a interpretações que, ancoradas no debate da literatura, permitiram avançar o conhecimento sobre o processo sociopolítico de construção das agendas governamentais referentes ao financiamento público dos sistemas de saúde no Brasil e Portugal, identificando os processos endógenos e peculiares a cada país e de características comuns relacionadas às ações de atores e aos processos institucionais supranacionais.

A seguir apresentamos a discussão sobre a evolução do financiamento dos sistemas de saúde dos países estudados desde a década de 1970 até os anos 2000. Ambos os países propunham reformas amplas e ambiciosas²³ que tinham como principais objetivos a unificação dos sistemas (públicos, previdenciários e privados) com coordenação das ações, universalidade e integralidade do acesso, descentralização e ampliação da oferta pública, ou seja, das atribuições do Estado. Alguns dos objetivos foram alcançados, mas o processo ocorreu com avanços e recuos.^{21,24}

No Brasil, a saúde como direito e como dever do Estado surgiu nos anos 30 com o modelo nacional-desenvolvimentista, nas décadas seguintes a hegemonia das políticas de cunho liberal afetou a organização dos serviços de saúde. Atualmente a Nova Escola Desenvolvimentista, propõe modelos econômicos dinâmicos, politicamente democráticos e socialmente inclusivos.¹⁷ Os serviços de saúde no Brasil tiveram e

tem um papel relevante na organização da rede urbana e delimitação territoriais. A política de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) com os correspondentes investimentos federais, inserem a saúde no novo modelo de desenvolvimento brasileiro, historicamente marcado por desigualdades econômicas, sociais e territoriais.¹⁶

Década de 1970

Em Portugal o regime autoritário prolongou-se até 1974, nesse período houve a expansão da cobertura através da assistência hospitalar e ambulatorial, grandes mudanças ocorreram em 1976 com o artigo 64 da Constituição Federal que criou o Serviço Nacional de Saúde – SNI “universal, geral e gratuito” cuja orientação da ação deve ser do Estado, a aprovação de legislação complementar não ocorreu imediatamente. Nessa época coexistiam três subsistemas: Saúde Pública, Previdenciário e Privado.²⁴

A Saúde Pública garantia formalmente a cobertura para toda a população, a provisão de serviços é exclusivamente pública com financiamento também público, a oferta de serviços é em todos os níveis de complexidade, mas limitada e existem dificuldades de acesso. O sistema Previdenciário é centralizado num instituto federal e cobre aos trabalhadores que financiam seu funcionamento com as contribuições sobre a folha de salários. A provisão dos serviços é pública e privada com expansão maior dos serviços privados em todos os níveis de complexidade. O sistema privado é residual nessa época, composto pelos seguros privados, pagamento direto e as instituições de caridade, é descentralizado e o atendimento em todos os níveis de complexidade é feito mediante pagamento.

O regime político do Brasil nessa década era autoritário e a proposta de política para a saúde era de expansão dos serviços através do regime previdenciário com financiamento e provisão privada de serviços e da saúde pública, especialmente focada na atenção primária, com financiamento público. Assim como em Portugal, também subsistiam três subsistemas: saúde pública, previdenciário e privado. A saúde pública era composta pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde que formalmente garantiam a cobertura de toda a população, no entanto de fato, atendiam as populações pobres dos centros urbanos. O financiamento e a provisão de serviços eram públicos com recursos gerais do orçamento.^{21,23}

O sistema previdenciário era centralizado numa instituição federal, financiada com a contribuição dos trabalhadores e recursos públicos, a provisão de serviços era principalmente privada para todos os níveis de complexidade. O sistema privado também composto pelos seguros privados instituições de caridade e pagamento direto, era descentralizado e o atendimento dependia do pagamento direto ou de seguro. O atendimento era feito em todos os níveis de complexidade.^{21,23}

Os dois países possuem característica similares nesse período, tendo os regimes autoritários forte influência na definição das políticas de saúde que influenciavam a forma de estruturação dos sistemas de saúde fragmentados em subsistemas, tendo como principal provedor de serviços o setor privado e apresentando sérias dificuldades de acesso aos serviços para a população, especialmente longe dos centros urbanos.²³

Década de 1980

Nesse período a discussão das ideias neoliberais ganha força no mundo e influenciando as propostas de Reforma do Estado, buscando a diminuição de suas funções e um “novo gerencialismo” público é aplicado à área da saúde.

Portugal avança nas discussões democráticas e passa a integrar a Comunidade Econômica Europeia, em 1986. Não ocorrem grandes modificações na área da saúde em relação à existência dos três subsistemas, e permanece a indefinição da legislação complementar do SNI. A revisão Constitucional de 1989, altera o artigo 64 flexibilizando o princípio de gratuidade do sistema ao incluir a expressão “tendencialmente gratuito.”²⁴

O Brasil, por sua vez, passa pelo processo de abertura democrática que se inicia em 1985. No ano de 1989 é eleito presidente, Fernando Collor de Melo, que inicia inúmeras reformas de cunho neoliberal no país. A proposta é da extensão da cobertura de maior complexidade, através do sistema previdenciário com provisão, principalmente privada e financiado com contribuições de trabalhadores e recursos públicos. A expansão da cobertura da atenção primária, viria através da saúde pública com provisão e financiamento públicos. No entanto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde-SUS que unifica os sistemas previdenciário e público, gerando uma grande mudança na área da saúde no país. A proposta do SUS é usar o planejamento para organizar e distribuir os serviços conforme a necessidade da população. Estes serviços são gratuitos, o atendimento é universal e organizado regionalmente. Os serviços são hierarquizados conforme a sua complexidade tecnológica. A rede básica é a porta de entrada do sistema e deve garantir o atendimento ambulatorial básico

e o desenvolvimento das ações de saúde pública. Neste modelo, a saúde é considerada um direito do cidadão. O processo de descentralização da saúde previsto quando da criação do SUS tomou maior impulso a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 e da consequente aprovação das leis 8.080 e 8.142 de 1990, as quais preveem, entre outras coisas, a descentralização e o repasse de recursos financeiros para estados e municípios,^{25,26} que foi realizado através da contínua absorção de novas e caras tecnologias, que trouxeram a discussão sobre custos da atenção para a ordem do dia.^{27,28,29} O impacto desse processo se refletiu em grandes investimentos em infraestrutura assistencial (obras e equipamentos) que tinham como característica ser marcadamente desiguais entre as regiões, favorecer a criação de serviços privados através de financiamento público e organizar um sistema de saúde mais focado na oferta de serviços que na demanda. O Estado brasileiro tem sido um grande financiador das políticas de saúde desde a formação do país. A reforma do sistema proposta pela criação do SUS foi bem sucedida em diversos aspectos, no entanto, permanecem algumas questões fundamentais a serem respondidas, tendo por exemplo, como será possível garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde com recursos financeiros limitados? Esses recursos limitados estão sendo usados para diminuir as desigualdades?

Nessa década podemos observar que a trajetória de Portugal e Brasil se distancia em termos de políticas de saúde, pois mesmo que a agenda internacional neoliberal tenha atingido aos dois países, parece que seu efeito nessa década foi maior no Brasil ampliando tanto o setor privado, como o número e volume de recursos públicos destinados a financiar os provedores privados que atendem o sistema público.²¹ O sistema de saúde brasileiro carrega essas contradições ao longo de

seu desenvolvimento, de um sistema para todos, em todos os níveis de complexidade, financiado com recursos públicos, cujos principais provedores de serviços são privados, consequência da fragilidade macroeconômica brasileira e dependência das agências internacionais.³⁰

Década de 1990

Esse é o período de consolidação dos ideais e políticas neoliberais nos dois países, assim como da consolidação dos regimes democráticos.

Em Portugal, apesar da agenda neoliberal, o Estado realiza esforços para coordenar e implementar as ações de planejamento, financiamento, organização, prestação e avaliação dos cuidados de saúde. Nessa década foram criadas as taxas moderadoras, através da Portaria 338 e aprovado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Permanecem os três subsistemas, mas com algumas alterações como a cobrança de taxas moderadoras no subsistema público (copagamento), no subsistema previdenciário aumenta a provisão privada de serviços de maior complexidade e no subsector privado cresce o número de pessoas com seguros que passa ser de 5% da população.²³

No Brasil essa é uma década de grandes mudanças, com o impeachment do presidente Fernando Collor e mudança da orientação da política nacional para um ideário menos neoliberal, representado pelos presidentes Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Esse é o período em que foi criada a legislação que regulamentou o SUS (Lei 8080, Normas operacionais, etc.) e o período em que o sistema de saúde começou a se organizar de acordo com o proposto na Constituição Federal. Foi concluído o processo de unificação dos subsectores

previdenciário e de saúde pública, iniciou-se o processo de descentralização das ações para o nível local com a municipalização da gestão, ocorreu também a descentralização de recursos financeiros da Federação para estados e municípios, a principal fonte de recursos permanece sendo federal (70% do gasto público com saúde). Ocorre a ampliação da cobertura gratuita em todos os níveis de complexidade, ainda com graves problemas de acesso nos níveis secundários de atenção. A provisão dos serviços é pública e privada sendo que o setor público é responsável principalmente pelas ações de atenção primária e de alta complexidade, que são pouco lucrativas e desinteressantes para o setor privado. Nesse período ampliou-se para 18% a cobertura da população com seguros privados de saúde.^{21,31,32}

Década de 2000

Os regimes democráticos estão definitivamente consolidados nos dois países e os sistemas de saúde de cada um deles apresentam características específicas. Portugal aprovou legislação que permite a “empresarialização” de hospitais e centros de saúde públicos e cria novos serviços privados. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) formalmente atende toda a população, o financiamento é público, mas com a existência de formas de copagamento, a provisão que antes era apenas pública pode ser também privada. O subsistema previdenciário não apresenta grandes modificações e o subsistema privado se amplia, especialmente através dos seguros que cobrem 19% da população.^{23,24}

No Brasil, o SUS consolida-se, mas com características diferentes daquelas previstas na Constituição Federal, cobre formalmente toda a população, em todos os níveis de complexidade, mas é um sistema dual em

relação à provisão dos serviços (público privado), o financiamento é público, sem cobranças de taxas moderadoras e descentralizadas, mas a Federação reduziu sua participação no financiamento em cerca de 40% do gasto público com saúde, aumentando a responsabilidade de municípios e estados. O subsetor privado mantém sua tendência ao crescimento e cobre cerca de 23% da população.²³

Considerações finais

Os sistemas de saúde dos dois países passaram por algumas etapas similares, sendo a origem dos sistemas de saúde a previdência social, com o financiamento feito através de contribuições compulsórias de empregadores e trabalhadores que tiveram importância para o desenvolvimento econômico desses países, a estrutura dos governos difere, enquanto Portugal é unitário, o Brasil é uma federação, e as unidades subnacionais possuem uma grande influência nas políticas de saúde. Ambos passaram por diversas reformas influenciadas pelas propostas da agenda internacional neoliberal e pelo momento

político interno de maior ou menor democracia.

Atualmente são sistemas universais, financiados por taxa geral, no entanto, coexistem os subsistemas públicos, privados e de seguros, resultando em sistemas fragmentados. As atribuições do estado, como proposta originariamente modificou-se ao longo dos anos e das diversas reformas, tendo ampliado a atribuição privada em diferentes graus. A intensidade da privatização e descentralização dos sistemas é diferenciada.

Segundo informações do World Bank³³, em dólares correntes, o gasto per capita em saúde para Portugal foi de U\$ 2.382 em 2009 e de U\$ 1.905 em 2012, ocorrendo uma redução, enquanto para o Brasil foi de U\$ 733 em 2009 e de U\$ 1056 em 2012. O gasto total em relação ao PIB no período de 2009-12 cresceu no Brasil, passando de 8,8% para 9,3% e diminuiu em Portugal de 10,8% para 9,4%. O gasto público em relação ao gasto total, cresce no Brasil de 43,6% para 46,4% e diminuiu em Portugal de 66,5% para 62,6%. Os indicadores de saúde e qualidade de vida melhoraram e em ambos é grande a preocupação com a eficiência do gasto público.

Referências

1. Blas E. Addressing social determinants of health inequities: what can state and civil society do? *The Lancet*. 2008;372:1684-89.
2. Fleury S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *CiêncSaúde Coletiva*. 2009; 14(3): 743-753.
3. Macieira D. Actores y reformas ensaluden America Latina. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007. Nota Técnica de Saúde 1.
4. Menicucci TMG. Implementação da Reforma Sanitária: formação de uma política. *Saúde Soc*. 2006;15(2):72-87.

5. Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008; 13(sup 2):2009-2018.
6. Gallo E et al. Saúde Desenvolvimento e Globalização. *Saúde Debate*. 2005 29(71).
7. Mollo MLR, Fonseca PCD. Desenvolvimento e novo desenvolvimentismo: raízes teóricas e precisões conceituais. *RevEcon Pol*. 2013 Abr/Jun 33(2): 222-239.
8. Jomo KS. *Globalization, Liberalization and Equitable Development: Lessons from East Asia*. Genebra: Unrisd; 2003. Paper No: 3: 35.
9. Morel CA pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 9(2): 261.
10. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*. 2006 40: 11-23.
11. Who. *Final Report Commission on the Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation*. Genebra. WHO; 2008.
12. Mirvis DM, Chang, C. The relationship between health and development: health as an economic engine. *J Health Human Serv Adm*. 2008 31(1):30-57.
13. Borrell C, Artazcoz L. Las Políticas para disminuir las desigualdades en salud. *GacSanit*. 2008 22(5):446-73.
14. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *E. J Health Econ*. 2009 28: 73-90.
15. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007 370.
16. Gadelha CAG, et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 junho 16(6): 3003-3016.
17. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e Desenvolvimento. *Ciênc saúde coletiva*. 2007 12 (Sup): 1765-1777.
18. Luiz OC, et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev. Saúde Pública*. 2009 34(1):115-22.
19. Offe C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
20. Cohen JL. Sociedade civil e globalização: repensando categorias: repensando categorias. *Dados: Rev Ciências Sociais*. 2003 3(46):419-459.
21. Paim J, et al. O sistema de saúde brasileiro: a história, avanços e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2011 maio 9] 11-31. Available from: www.thelancet.com.
22. Bêrni DA. *Técnicas de pesquisa em economia*. São Paulo: Saraiva; 2002.
23. Cortes SMV. *Relatório de Pesquisa. Sociedade e Políticas Públicas: construção da agenda governamental na área de saúde*. Porto Alegre: UFRGS; 2013.

- ²⁴. Simões J, et al. A sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
- ²⁵. Médici AC, et al. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. São Paulo: Fundap/IESP; 1995.
- ²⁶. Piola SF, Vianna SM. organizadores. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde. Brasília: Ipea; 1995.
- ²⁷. Castro JD. A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos. [dissertação]Campinas: Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- ²⁸. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
- ²⁹. Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. Saúde Debate. 1995 47:28-35.
- ³⁰. Costa L S ; GADELHA, C. A. G. ; BURD, P. ; SANTO, M. . Saúde e Desenvolvimento: Estado da Arte e Desafios. In: X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2012, Porto Alegre - RS. X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2012.
- ³¹. Piola S. Texto de apoio 1391: Saúde no Brasil: algumas questões sobre o sistema único de saúde. Estado de uma nação. Brasília: Ipea; 2009.
- ³². Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (BR). Coleção para entender a gestão do sus: O financiamento da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; 2011.
- ³³. The World Bank. Indicators. Washington: The World Bank; c2015. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/>>. Acesso em: 29 out. 2014.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p43-55>

FORMULAÇÃO E IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES INICIAIS E ANÁLISE COMPARATIVA

FORMULATION AND IMPACT OF MAIS MÉDICOS BRAZILIAN PROGRAM IN ATTENTION AND HEALTH CARE: INITIAL CONTRIBUTIONS AND COMPARATIVE ANALYSIS

Janaina Matheus Collar

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: janainacollar@gmail.com

João Becon de Almeida Neto

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Bioética e Saúde Coletiva (UFF/UFRJ/UERJ/FIOCRUZ). Professor da Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Direito.

E-mail: jbecon@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Resumo

O presente trabalho analisa a implantação do Programa Mais Médicos no Brasil e suas potenciais repercussões na atenção básica e seus potenciais reflexos na qualificação da rede e de infraestrutura necessária para potencializar e ampliar os atendimentos. Para tanto, foi realizada análise histórico-comparativa da relevância da saúde nos contextos institucionais e políticos desde a Declaração de Alma-Ata e a Legislação do SUS até a implementação do Programa, contextualizado, comparativamente, a partir de duas experiências internacionais de política de distribuição de médicos reguladas pelo poder público. As análises foram feitas com base em pesquisa bibliográfica e documental. Ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, vão ao encontro da tendência de medidas que visam maximizar não apenas o acesso a um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Palavras-chaves: Mais Médico; Integralidade em Saúde; Atenção Básica; Direitos Humanos

Abstract

This paper analyzes the Implementation Programa Mais Médicos in Brazil and its potential impact on primary care and their potential effects on the network skills and infrastructure needed to enhance and expand service. Therefore, historical-comparative analysis of the importance of health in the institutional and political contexts has been held since the Declaration of Alma-Ata and the Unified Health System legislation to implementation program, contextualized compared from two international experiences of doctors distribution policy regulated by the government. The analyzes were based on bibliographic and documentary research. Actions developed in Brazil today, with and from the Programa Mais Médicos, meet the trend of measures to maximize not only access to a care in health practices equitably to all Brazilians, but provides tools for development of agents that are protagonists of attention and human rights practices, be they users, health professionals or managers.

Keywords: More Doctors; Integrality in Health; Primary Health Care; Human Rights

Introdução

O atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pelas políticas públicas, conforme determina a constituição brasileira, em atendimento humanizado. A integralidade é uma exigência ética para a organização de práticas cuidadoras do bem-

estar físico, mental e social¹, pressupondo-se que o cuidado gere também autonomia no andar a vida, com corresponsabilidade, solidariedade e participação coletiva no processo de gestão.²

A integralidade congrega, portanto, questões de abrangência coletiva e singular, abrindo o trabalho no cotidiano do sistema de saúde à complexidade. A complexidade, entendida como multideterminação, requer estratégias de aprendizagem articuladas ao trabalho, como propõe a Educação Permanente em Saúde, envolvendo vetores relacionados à atenção (oferta de saúde), associados à gestão (como se organiza a política), à participação (a expressão do singular) e a formação (há aprendizagem que precisa ser feita o tempo todo). Esses vetores “constituem a prática da qualidade da formação para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.”³

Por isso, não basta um estabelecimento de normas e protocolos de atendimento para gerar cuidado em saúde. Muito pelo contrário, dentro da micropolítica importante deixar espaço para produção de subjetividades. O “respeito à lei é incompatível com objeção ética que exige o exame permanente da práxis, se ela se justifica ou não, como um todo, a partir da perspectiva do projeto de vida de cada um.”^{4:34} Nem sempre o que é legal (norma) é ético, importante a manutenção de uma práxis argumentativa, a qual tem como escopo uma concorrência cooperativa por argumentos melhores, que é orientada por um acordo mútuo entre os participantes.⁴

A integralidade em saúde coloca às práticas profissionais e à organização dos sistemas de saúde, nos seus diferentes níveis de organização, questões que remontam ao movimento da reforma sanitária brasileira e a documentos relevantes no cenário internacional.

Para isso, deve haver uma posição de abertura entre os envolvidos. As tensões entre orientações instrumentais e estratégicas de teorias e modelos são sinais

de vitalidade, e devem ser entendidas como indícios das necessidades de flexibilizar conceitos e técnicas, para a construção de um “diálogo produtivo”.^{5:13} Importante, neste contexto, observar a potencialidade do cuidado em saúde na atenção básica, que permite maior produção e subjetividade e participação mútuo entre usuários e profissionais, pois aquele possui maior possibilidade de autonomia em discutir com este o melhor processo terapêutico. Neste nível de atenção e cuidado em saúde, as tecnologias utilizadas tem maior potencialidade em analisar vulnerabilidades.

A Declaração de Alma-Ata, 1978, foi à primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção básica em saúde, constituída no entendimento dos seus elaboradores de atendimentos de alta complexidade e de baixa densidade tecnológica - nível de sofisticação tecnológica que atende os problemas do cotidiano, principalmente em cenários de déficits de atenção e perfil de adoecimentos e demandas com doenças agudas. Com base neste delinear, a vulnerabilidade pode ser definida em três eixos: individual, institucional ou programática e social.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre seu problema de saúde, à capacidade de elaborar estas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e às possibilidades efetivas de transformar suas práticas. A vulnerabilidade institucional poderia ser avaliada, em um determinado território ou unidade de saúde, tomando por base as ações propostas e efetivadas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados pelo usuário, a existência de articulações interinstitucionais e intersetoriais (educação, saúde, transporte e lazer, entre outros) e o financiamento de recursos, entre outros pontos. Quanto menor for

esta vulnerabilidade, mais chances existirão de que sejam canalizados recursos e o uso adequado para o enfrentamento dos problemas de saúde em tela. A vulnerabilidade social está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidades de enfrentar barreiras culturais. O próprio acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis é um dos parâmetros de avaliação da vulnerabilidade social.^{5:117}

Neste contexto, o sistema de saúde do Brasil foi constituído a partir de uma série de movimentos e lutas, tendo como estrutura primeira a Reforma Sanitária, fortemente marcada pela realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ganhando força no processo constituinte e com a Constituição de 1988. As principais definições constitucionais foram normatizadas por meio das Leis 8.080 e 8.142, de 1990:

O slogan “Saúde é democracia, marca da Reforma Sanitária Brasileira (...) é a tradução da cultura no contexto social e histórico em que ela se expressa, e também é um dispositivo para a produção de novas culturas, mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria ideia de democracia; não é apenas um novo arranjo, mas uma dinâmica que pode expressar o que é vivido, como a injustiça e as doenças evitáveis. A escuta sensível, a negociação permanente, as redes de conhecimento local, um compromisso ético com a vida, com o direito - e a obrigação moral - de partilhar ideias e democraticamente processos de tomada de decisão: a participação é tudo, na base da reforma do sistema de saúde, atuando como um indicador de direcionalidade.”^{6:09}

Assim, o SUS desenvolve-se dentro de um contexto de abertura democrática marcada pela idéia da participação social e do Controle Social, organizando-se em níveis de atenção, conforme a complexidade e a densidade tecnológica dos serviços. No caso específico da Reforma Sanitária brasileira, a sofisticação tecnológica dos serviços a ser disponibilizada na “porta de entrada” do sistema, foi um debate importante por decorrência da diversidade do território brasileiro, da transição democrática e epidemiológica e pela ideia de que as questões de resolutividade e qualidade deveriam mediar o olhar dos custos e da sofisticação tecnológica dos serviços, daí a escolha da expressão atenção básica em lugar de atenção primária em saúde, conforme tendência internacional à época. Um dos princípios do SUS é a gestão descentralizada dos serviços em saúde, focadas em cada município a partir das políticas desenvolvidas no âmbito federal. A atenção básica é a porta de entrada prioritária da atenção em saúde e a partir do ano de 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser organizada para atender os habitantes de determinado território, para melhor analisar e atender as necessidades específicas, definidas em função de características sociais, sanitárias e epidemiológicas com ênfase em ações de prevenção e promoção da saúde, desenvolvida por equipes multiprofissionais.⁷

Apesar da configuração legal, se observa uma distribuição desigual de profissionais, em especiais médicos, no território brasileiro, com uma forte concentração em estados mais desenvolvidos e em capitais. Esta realidade resulta em um déficit de acesso e qualidade, dependendo do local ou região, dificultando o fomento da autonomia e autocuidado individual quanto ao acesso a serviços de saúde da respectiva população. Não obstante a este contexto, os serviços e formação dos profissionais tem cada vez mais valorizado o conhecimento

científico, marcado pela fragmentação do corpo em órgãos e doenças, olvidando-se da pessoa, voltando-se aos aspectos onde saúde confunde-se por ausência de doença, onde o atendimento ao invés de construído em ato, é procedimental, com um valor em si mesmo.⁸

Esse contexto vem desencadeando estratégias de mudança, tanto na formação de profissionais, como na gestão do trabalho. Constituiu-se, nos últimos anos, uma área finalística de políticas de saúde que se denominou gestão do trabalho e da educação, visível na estrutura do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais, que, por um lado, busca articulações estruturantes entre a formação e o trabalho e, por outro, aloca à gestão da saúde responsabilidades institucionais mais claras em relação a esses aspectos. É nesse contexto que buscamos compreender o Programa Mais Médicos, como uma iniciativa no escopo da política de gestão do trabalho e da educação no SUS. A reflexão se segue com a análise de questões relacionadas ao Programa e a outras iniciativas do SUS e dos sistemas de saúde de outros países que permitem aproximações a esta temática.

Programa Mais Médicos

Nos últimos anos, a gestão do Sistema Único de Saúde, em particular o Ministério da Saúde, tem desenvolvido uma série de ações visando a reestruturação do sistema de saúde de forma a priorizar a Atenção Básica.⁹ O Programa Mais Médicos foi desenvolvido como resposta à constatação de que a falta de profissionais médicos e déficits de acesso e qualidade na atenção básica são problemas que dificultam avanços no SUS, fato que inclusive é percebido pela população. Em pesquisa de opinião, 58,1% da população brasileira revelou que é a falta de médicos é o principal problema encontrado nos atendimentos no SUS. Este

estudo ainda apontou que um dos serviços mais bem avaliados foi justamente os ligados a atenção básica, em especial o ESF.¹⁰

De fato, a comparação da densidade de médicos no Brasil, em relação a outros países, mostra que diversos países da região das Américas e outros países com sistemas universais têm densidade de médicos maior do que o Brasil, indicador que permite aproximação com o provimento e a fixação desses profissionais nos serviços de saúde, em particular em regiões com menor índice de desenvolvimento econômico, com menor urbanização e com menor renda.

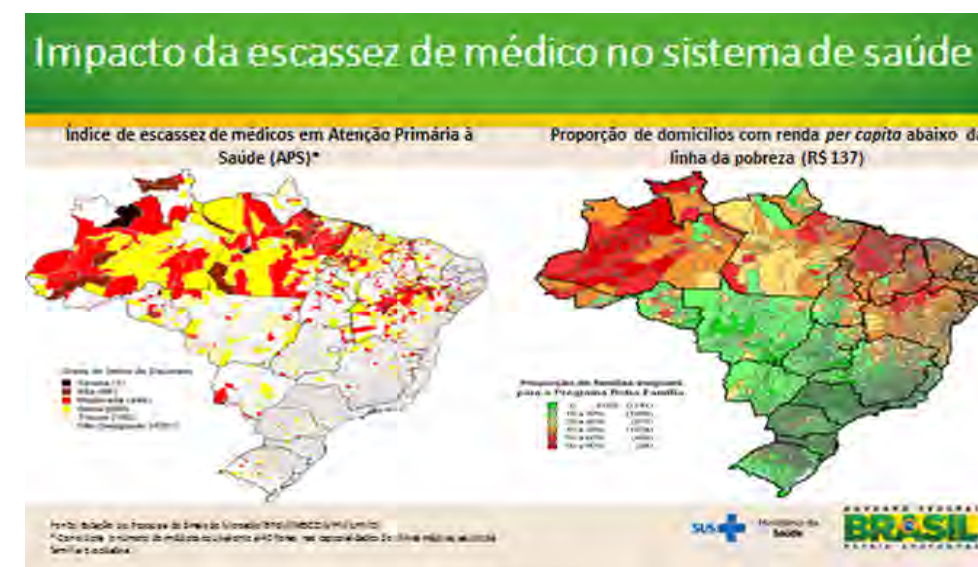
Tabela 1: Realidade de outros países de médicos a cada 1.000 habitantes.

PAÍSES	Médico por 1.000 hab.	PAÍSES	Médico por 1.000 hab.
Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1	Austrália	3
Bolívia	1,2	Argentina	3,2
Colômbia	1,4	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9	Portugal	3,9
México	2	Espanha	4
Canadá	2	Cuba	6,7

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2014.¹¹

Além desta escassez, há uma grande desigualdade na distribuição de médicos no território nacional. Segundo dados do Ministério, a realidade na maior parte das Unidades da Federação (81%) tinha uma densidade de distribuição de médico por habitante abaixo da média nacional. Desses, cinco estados dispunham de menos de 1 médico por mil habitantes. Essa situação estava particularmente associada as condições sociais, econômicas e sanitárias de cada região.¹²

Figura 1: Comparativo da distribuição de municípios com escassez de médicos na Atenção Básica com a proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha de pobreza.



Como se observa nos dados representados na Figura 1, há uma grande coincidência entre a representação da escassez de profissionais e as condições econômicas, que estão ligadas, por sua vez, a indicadores de saúde que sinalizam piores condições à gestão das ações de prevenção uma grande das populações.

O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso a atenção básica resolutive. Inicialmente regulamentado pela Medida Provisória 621, de julho de 2013, posteriormente convertido na Lei Nº 12.871 em 22 de outubro de 2013. Congrega três frentes, a primeira é investir na melhoria da infraestrutura da rede de saúde - nas unidades básicas de saúde. A segunda, ampliar e reformar os cursos de graduação em medicina e residências médica no país. A terceira, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil, é a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.⁹ Puderam participar do edital que o instituiu, médicos brasileiros ou estrangeiros graduados no Brasil ou no exterior, desde que o país de origem do candidato tivesse média superior ao de 1,8 por mil - número de médicos per capita no Brasil antes do PMMB.¹³

As iniciativas do Sistema Único de Saúde de alterar o padrão de provimento de profissionais em áreas de maior carência são anteriores ao Programa Mais Médicos. Desde 2011 o PROVAB vem recrutando e alocando médicos, enfermeiros e odontólogos para atuarem em áreas vulneráveis, demonstrando um aumento importante na participação entre os anos de 2011 e 2013, onde passamos de 350 para 3.550 médicos.^{9,i}

ⁱ 2013 a contratação deixou de ser feita pelo município e passou a ser feita pelo Governo Federal, houve um aumento do valor da bolsa e foi ofertada uma pontuação adicional de 10% na nota da prova da residência médica. BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087/ 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União 2 set 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina92&data=02/09/2011>

O Ministério da Saúde abriu no início do ano de 2013 um Edital para adesão dos municípios no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB, procurando distribuir profissionais nas regiões mais carentes. O total de municípios que aderiram foi de 2.868, demonstrando uma necessidade de 13 mil médicos, mas o resultado entre a demanda e a oferta foi negativo, pois do total de municípios que pediram médicos, 1.565, ou seja, 55% desses municípios, não tiveram a adesão de nenhum médico.¹¹

Como se verifica, o Programa Mais Médicos é instituído num cenário de fortes evidências de falta desses profissionais e acesso a serviços de atenção básica em diversas regiões do país. O artifício do provimento emergencial por meio do recrutamento de profissionais estrangeiros não é novo como estratégia de regulação da oferta de ações profissionais na saúde. A seguir serão descritas e analisadas as características do Programa brasileiro e alguns exemplos em outros países.

Conhecendo o Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos tem como objetivo primordial a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, congregando investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, levar médicos para regiões onde não há, de realizar mudanças na lógica dos cursos de medicina e principalmente dos novos cursos de instituições privadas em todo o país. A ocupação do território por médicos estrangeiro foi uma ação do Governo Federal para atender a uma demanda de mais de 2.500 municípios, onde se deu prioridade à adesão aos médicos brasileiros, os quais preencheram 45% das vagas e para as 55% das vagas remanescentes foram ofertadas

os médicos estrangeiros, com o objetivo de sanar está carência.ⁱⁱ

Preocupado em aproximar os novos médicos ao cotidiano dos serviços de atenção em saúde desenvolvidos no sistema público, passa a ser obrigatório aos alunos que ingressarem nos cursos de medicina a partir do ano de 2015 a atuação profissional por um período de dois anos em unidades básicas de saúde, na urgência e emergência do SUS. Este novo momento está sendo chamado de “2º ciclo da Medicina” o qual tem como objetivo apropriar e construir na prática deste estudante um contato direto com a população.¹⁵

O modelo brasileiro será inspirado ao que já acontece em países como Inglaterra e Suécia, onde os alunos precisam passar por um período de treinamento em serviço, com um registro provisório, para depois exercer a profissão com o registro definitivo. A medida valerá para os alunos da rede pública e privada e não dispensa o estágio obrigatório, em regime de internato, que continuará sendo desenvolvido no 1º ciclo com carga horária total de 7.200 horas. As instituições de ensino terão de oferecer acompanhamento e supervisão na atuação do aluno. Como haverá recursos federais para garantir a supervisão, os estudantes de escolas particulares estarão isentos do pagamento de mensalidade. O estudante só receberá o diploma de médico após terminar os dois anos do 2º ciclo. Os profissionais receberão uma bolsa, paga pelo Ministério da Saúde, e um CRM

ⁱⁱ No ano de 2013 a especialização em Atenção Primária passa a ser obrigatória. Em menos de um ano, o PMMB recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios. A grande inovação do PMMB se refere a estratégia de chamadas internacionais, quando além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa. Dos médicos que atuam no PMMB, 11.429 são médicos cubanos que foram recrutados através de uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde, desta última com o Ministério de Saúde Pública de Cuba.¹¹

provisório para trabalhar nas atividades de atenção básica, que depois poderá ser aproveitado para abater uma etapa das residências.¹⁵

Com relação às mudanças na formação o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação - MEC abrirá “11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020.”¹⁵

Haverá uma mudança na lógica de abertura de novos cursos de medicina em universidades privadas em todo o país. Esta nova lógica será baseada em ações do Governo Federal através de chamada pública com foco nas regiões prioritárias do SUS e terão como requisito a existência de pelo menos três Programas de Residência Médica em especialidades consideradas prioritárias no SUS - Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade, as universidades privadas poderão apresentar propostas, com base neste foco/requisitos se aprovadas pelo MEC, os cursos de medicina podem ser abertos.¹⁵

Histórico de outras tentativas

Mas mesmo a prática do cuidado que engloba as ações do SUS, o qual tem como porta de entrada preferencial a atenção básica, as pessoas que vivem em regiões mais distantes enfrentam sérias dificuldades de acesso e a falta de médicos sempre foi um importante agravante deste problema, como fica claro na campanha “Cadê o Médico?” realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, durante o Encontro dos Prefeitos, em Brasília, janeiro 2013.¹⁶

A histórica análise e ações em prol da redução das desigualdades na distribuição do acesso ao serviço médico no Brasil é marcada por várias iniciativas de atração e fixação de profissionais em regiões remotas.

Tabela 2: Relação de Programas anteriores aos Mais Médicos

Ano	Nome do Programa
1976	Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS);
1993	Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS);
2001	Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
2011	Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Fonte: Carvalho e Souza.¹⁶

Experiências Internacionais

Essa realidade não é exclusiva do Brasil, sendo uma constante preocupação em outros países. Neste sentido, iremos relatar os exemplos da Austrália e dos Estados Unidos da América, analisando as respectivas ações e dispositivos forjados para reduzir esta problemática e ao final faremos alguns quadros comparativos de questões pontuais entre os dois países e o Brasil.

Austrália

A Austrália possui um sistema de saúde misto, com participação pública e privada, no qual a MEDICARE, fundada em 1984, provê cobertura universal de saúde à população australiana mediante financiamento público, sendo este o principal financiador dos cuidados em atenção básica.¹⁷ O déficit de médicos em seu território também era uma realidade na qual a média para cada mil habitantes nos centros urbanos era de 1,8 enquanto que nas comunidades rurais e pequenas cidades era de 0,9, em 1991.¹⁸

Corroborando para ações que viabilizassem a retenção e fixação de profissionais de saúde em regiões rurais, o governo australiano implementou algumas medidas e programas, os mais importantes foram o *Overseas Trained Doctors (OTD)* e o *Rural Clinical Training and Support (RCTS)*. O OTD tem como estratégia a atração de médicos formados no exterior para atuarem nas regiões onde governo australiano considera de maior vulnerabilidade. A coordenação dos médicos é realizada pela Agência de Trabalho Rural, pelo Conselho Médico Australiano e com a área de recursos humanos do MEDICARE. O RCTS tem como objetivo financiar as escolas médicas australianas para o fortalecimento da formação de clínicos nas áreas rurais, através de fundos do governo.¹⁹

O governo financia as escolas médicas, através da seleção de alunos oriundos de áreas rurais, provimento de estágios e internato rural.²⁰ Estabelecendo percentuais, como 25% dos estudantes de medicina realizam no mínimo um ano de sua formação clínica em uma área rural; 25% dos estudantes financiados pela *Commonwealth* devem ser oriundos de áreas rurais; 90% das escolas médicas da Austrália participam deste programa. Através destas ações o governo australiano objetiva que os estudantes possam estudar próximos a sua região de origem.¹⁹

Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos da América (EUA) o sistema público de saúde é exclusivamente privado, ou seja, não há um sistema de cobertura universal. O que acontece quase que exclusivamente é o pagamento dos planos de saúde pelos empregadores, mas esta realidade engloba a classe trabalhadora ativa, e por isso desde 1965 o governo estadunidense financia através de programas pessoas dos seguintes perfis:

Quadro 1: Relação de pessoas que podem receber benefícios do Governo EUA

Programa dos EUA de financiamento	
Perfil	Benefício
Pessoas com mais de 65 anos	Podem se inscrever no programa MEDICARE, financiado pelo governo;
Família com baixa renda, crianças, mulheres grávidas e portadoras de deficiências	São elegíveis para o programa MEDICAID, financiado pelo governo;
Crianças cujos pais têm baixa renda, mas que não contemplem os requisitos para o MEDICAID	Cobertura S-Chip;
Veteranos das Forças Armadas	Podem se inscrever no programa MEDICARE, financiado pelo governo;

Fonte: World Health Organization.²¹

Apenas no ano de 2010 foi aprovada a *Affordable Care Act (Obamacare)* com os objetivos de: (a) expandir a cobertura de seguros públicos e privados; (b) controlar os preços dos planos de saúde; (c) garantir aos assegurados tratamentos básicos e até mesmo internações de doenças graves - independente de sexo ou, de condições pré-existentes. Este novo cenário provoca uma grande mudança no sistema de saúde dos EUA, mesmo que em nível individual a implementação ainda seja garantida por meio da obrigatoriedade em adquirir um seguro de saúde.

Assim como majoritariamente o serviço de saúde é privado, o mesmo ocorre com as instituições de formação médica, o que frequentemente acarreta um prematuro endividamento de muitos estudantes que recorrem ao crédito educativo para pagarem o elevado valor das anuidades (valor médio final do curso U\$ 278 mil dólares).^{22,23}

Análise comparada

Com base em dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, estima-se que 50% da população mundial vive em áreas rurais, e que essas regiões têm uma redução no acesso de pelo menos 25% da força de trabalho na atenção à saúde.²⁴ Com base nesta realidade a estratégia utilizada por muitos países têm sido atrair profissionais de saúde estrangeiros, para atenderem prioritariamente as áreas consideradas de maior vulnerabilidade.²⁵

As referidas ações que congregam a estratégia do governo australiano completaram 17 anos e ainda permeiam a dificuldade de fixação de médicos no período de pós 10 anos (prazo do contrato). Esta realidade pode englobar uma gama de fatores estruturais e pessoais, mas permeia a maioria das áreas de vulnerabilidade do país assim como ocorrem, em outros países que estabeleceram políticas de recrutamento de profissionais estrangeiros.²⁶

Os Quadros de 2 a 5 descrevem de formas pontuais as medidas para a redução das desigualdades de distribuição de médicos no território nacional, onde se percebe uma clara distinção entre as ações feitas pela Austrália e Brasil em relação aos EUA na tentativa de reduzir esta distinta distribuição de médicos. Isso acontece, pois Brasil e Austrália utilizam combinações de incentivos financeiros e educacionais para atrair e fixar temporariamente os profissionais, enquanto que os EUA têm maior foco nos incentivos financeiros e fixação permanente.

Quadro 2: Medidas para a redução das desigualdades de distribuição de médicos no território nacional

Austrália	Estados Unidos da América	Brasil
Recrutamento de médicos estrangeiros que fossem: - Aprovação no teste online; - Comprovação de proficiência em língua inglesa; - Avaliação dos critérios curriculares para aceite de participação em universidades estrangeiras previamente aprovadas pelo MEDICARE; - Contrato individual com uma empregadora; - Obtenção do visto temporário de trabalho; - Aprovação na entrevista para obtenção do registro MEDICARE; - Pagamento de taxa.	Programas: - <i>National Health Service Corps (NHSC)</i> , deve início em 1972, oferece bolsa de estudos e programas de pagamento de dívidas do financiamento estudantil, tendo como contrapartida após a graduação o aluno deve candidatar-se as vagas pré-aprovadas em áreas carentes. Quebra de contrato o candidato deverá reembolsar o governo em três vezes o investimento com juros. - <i>Conrad 30 Program</i> , o governo permite a médicos que estejam no país com visto (temporário para treinamento) a permanência no país após a conclusão do programa de intercâmbio para atuarem em áreas carentes. O vínculo do médico é com o empregador não com o governo federal, após o cumprimento das condições contratuais de trabalho por um período mínimo de 3 anos, os médicos podem inscrever-se para visto de imigrante ou de residente permanente. 25% dos médicos em atividade nos EUA são estrangeiros.	- Edital para cadastro de médicos brasileiros; - Edital para cadastro de médicos estrangeiros, para ocuparem as vagas remanescente; 1) Quatro semanas de treinamento realizado pelas universidades brasileiras, que abordam linguagem clínica, os protocolos assistenciais nacionais e o SUS; 2) Os médicos aprovados receberam um registro provisório para o exercício da medicina - Registro Único do Ministério da Saúde (RMS). Foi criado um visto especial para médicos participantes do PMMB denominado VICAM.

Fonte: Australian Government²⁷ United States Department of Homeland Security Security²⁸; American Medical Associations²⁹; Oliveira et al⁹; Brasil. Ministério da Saúde¹⁴

Como se pode perceber no Quadro 3 que trata sobre o tempo de permanência dos profissionais médicos que ingressarem nos programas temos nos três casos diferentes normas, no Brasil são 3 anos, prorrogáveis por igual período, Austrália de 10 anos.

Quadro 3: Tempo de permanência no território

Austrália	Brasil
O participante inicialmente possui restrições para o exercício laboral, sendo supervisionado por outro médico e sua licença não permite o exercício irrestrito da profissão, devendo ser colocado em áreas nas quais o governo australiano considera de maior vulnerabilidade por um período de 10 anos.	O contrato assinado pelos participantes tem duração de três anos, podendo ser prorrogado por três anos adicionais.

Fonte: Australian Government²⁷; Brasil. Ministério da Saúde¹⁴

Quadro 4: Cursos de aperfeiçoamento

Austrália	Brasil
Durante esse período são ofertados aos participantes a possibilidade de aprimoramento técnico por meio de ofertas educacionais e aulas para a realização dos exames de revalidação completa do diploma do participante no país.	Os médicos que participam do programa devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades clínicas e 8 horas para os estudos teóricos, sendo posteriormente submetidos a avaliação. Todos os participantes recebem um computador tablete que é utilizado para acessar cursos à distância oferecidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Fonte: Australian Government²⁷; Crisp, N, Chen, L³⁰

Quadro 5: Benefícios financeiros

Austrália	Estados Unidos da América	Brasil
Variam de acordo com a região escolhida pelo candidato, sendo maiores para os locais nos quais existem há maior necessidade/ regiões mais remotas.	No NHSC estadunidense, o médico que tenha, no mínimo, um ano de trabalho em localidades com carência de médicos poderá requerer o abatimento ao mês de 1% do saldo devedor de dívida ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies).	A remuneração é a mesma para todos os participantes do PMMB, entretanto a ajuda de custo para instalação é maior para os participantes que se deslocarem para zonas mais remotas.

Fonte: Australian Government²⁷; Oliveira et al⁹

A partir desta análise comparativa percebe-se a busca por ações que assegurem a universalização do acesso a cobertura de saúde de forma qualificada e equânime, obviamente estas ações são desenvolvidas e “desenhadas” - colocadas no papel - levando em consideração os atravessamentos históricos e as mais diferentes variáveis descritas como prioritárias para cada país. Sendo assim, as ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, visam maximizar não apenas o acesso à um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Algumas coisas....

No desenhar deste “lugar” poderemos descrever a vulnerabilidade como um determinante. A pobreza não é doença, mas as diferenças de acesso e consumo, associadas à pobreza em contextos em que as políticas públicas não têm capacidade de oferecer respostas adequadas é o que torna o contexto da pobreza determinante para condições adversas de saúde.³¹ Por isso se estabelece um importante enlace com o Programa Mais Médicos, no qual políticas públicas são realizadas em prol da consolidação de ações que fomentem a equidade de acesso e consumo, pois somente pode se realizar o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos.³²

Propiciar ambientes de mudança faz parte da formação das políticas públicas, não sendo diferente com a atenção em saúde. Nesse sentido, podemos observar que a necessidade de melhorar o acesso aos serviços e cuidado em saúde passava por uma necessidade de melhor distribuir profissionais e serviços, em especial os médicos no âmbito da atenção básica, cujo déficit de profissionais diminuiu consideravelmente sua potencialidade de gerar cuidado e acesso universal aos usuários. Outros sistemas de saúde, independente de se proporem universais, compartilham ou compartilharam de similar situação quando a falta de profissionais médicos, acompanhado ainda de sua maior concentração em grandes centros urbanos, asseverando ainda mais a situação dos serviços em regiões afastadas desses centros, marcadas por diferentes vulnerabilidades.

Nesse sentido, as experiências exitosas nos mostram a necessidade de fomentar e incentivar mudanças por meio de políticas estatais. Mas muito diferente de realizar políticas intervencionistas de forma vertical, são ações que procuram repensar a própria lógica dos serviços, em especial médico, cuja formação cada vez mais voltada o conhecimento específico em especialidades somente presente em grandes centros, cujo acesso é para um número cada vez menor de pessoas. São serviços necessários da forma. Assim, isso não significa que bastaria aumentar a oferta de cursos de formação para resolver o problema, pois é necessário repensar na formação profissional, não

olvidando das necessidades regionais, pois elas devem fazer parte do cuidado nas práticas em saúde.

Conforme ilustramos, o Brasil não foi o único a desenvolver essas ações, sendo que a experiência em outros países nos mostra a sua potencialidade modificadora não só para micropolítica do trabalho, mas também para o acesso ao cuidado. Trazer profissionais com outras experiências, além de ser uma política de curto prazo para resolver o problema da falta de profissionais em determinadas regiões vulneráveis, traz novos compartilhamentos à equipe de atenção, podendo gerar um incremento ou novas formas de cuidado. Por isso, vamos observar que estas políticas vão realizar pelo menos esses dois movimentos: a) fomentar a ida de profissionais médicos a regiões cuja sua presença é baixa, seja pela via da redistribuição seja pela própria vinda de profissionais estrangeiros; b) no fomento a formação profissional não exclusivamente especializada, mas atenta as desigualdades regionais, acompanhado de uma redistribuição da oferta de cursos médicos nas próprias regiões vulneráveis.

Assim, ações desenvolvidas no Brasil hoje, com e a partir do Programa Mais Médicos, vão ao encontro da tendência de medidas que visam maximizar não apenas o acesso a um cuidado nas práticas em saúde de forma equânime para todos os brasileiros, mas fornece ferramentas, para o desenvolvimento de agentes que sejam protagonistas da atenção e das práticas dos direitos humanos, sejam eles usuários, profissionais de saúde ou gestores.

Referências

1. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006: 69-92.
2. PNH, Política Nacional de Humanização. [201?] Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/glossary/term/117>>. Acesso em: 26 jun 2014.

3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*, Rio de Janeiro, 14(1); 2004: 41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2014.
4. Habermas J. A Inclusão do outro: Estudos de teoria política. São Paulo: Loyola; 2002.
5. Ayres, JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: Modelos e Práticas Saúde e Sociedade, São Paulo, 18, suppl.2; 2009: 11-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010412902009000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 out 2011.
6. Ferla AA, Matos IB. Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde. *Saúde e Sociedade*. 21. São Paulo; 2012: 8-17.
7. Giovanella L. et al. Sistemas de Salud en Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
8. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS; 2006.
9. Oliveira et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Blog Interface: Comunicação, Saúde, Educação*; 2014. Disponível em <http://revistainterface.blogspot.com.br/2014/10/programa-mais-medicos-interface_17.html>. Acesso em: 28 nov 2014.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde. Brasília: IPEA; 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 17 jun 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 08 out 2014.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (Brasil). Edital nº 50, de 16 de agosto de 2013. Adesão dos médicos ao Projeto Mais Médicos Para o Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília; 19 ago. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programa/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>>. Acesso em: 2 dez 2014.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acesso em: 08 out 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Mais Médicos. Brasília; 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5954-invertimentos-em-infraestrutura>>. Acesso em: 08 out 2014.
15. Carvalho, MS, Souza, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*, 17(47). Botucatu; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012>. Acesso em: 02 dez 2014.
16. Wiese, M, Jolley, G, Baum, F, Freeman, T, Kidd, M. Australia's systems of primary healthcare – the need for improved coordination and implications for Medicare Locals. *Australian Family Physician*. 40 (12); December 2011.

17. Viscomi, M, Larkins, S, Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 18 (1); 2013: 13-23.
18. Australian Government Department of Health (Austrália). Review of the Australian Government Health Workforce Programs, de 24 mai 2013. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/work-review-australian-government-health-workforce-programs-toc~chapter-4-addressing-health-workforce-shortages-regional-rural-remote-australia~chapter-4-health-education-strategies-rural-distribution>>. Acesso em: 02 dez 2014.
19. Clarke, TR, Freedman, SB, Croft, AJ. Medical graduates becoming rural doctor: rural background versus extended rural placement. *Med J*, 199 (11); 2013: 779-782.
20. World Health Organization. Health System in Transition, United States of America: Health System Review, 15 (3); 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf>. Acesso em: 02 dez 2014.
21. Lorin, J. Medical School at \$278,000 Means Even Bernanke Son Has Debt. *Revista Bloomberg*. [internet] 08 de Abril de 2013. Disponível em: <<http://www.bloomberg.com/news/2013-04-11/medical-school-at-278-000-means-even-bernanke-son-carries-debt.html>>. Acessado em: 02 dez 2014.
22. Kahn, MJ, Ronald, J, Markert, FA, Lopez, SS; Randall, H; Krane, K. Is Medical Student Choice of a Primary Care Residency Influenced by Debt? *MedGenMed*; 2006, 8(4):18.
23. Araújo E, Maeda A. How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries. In: Bank W, ed. Washington D.C., USA: Word Bank; 2013.
24. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resource for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*, 371; 2008: 668-674.
25. Wilson et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health*, 9; 2009:1060.
26. Australian Government (Austrália). Department of Health; 2014. Work as a Doctor in AUSTRALIA. Disponível em <<http://www.doctorconnect.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/home>>. Acesso em: 02 dez 2014.
27. United States Department of Homeland Security Security (Estados Unidos da America). Citizenship and Immigration Services. Conrad 30 Program; 2014. Disponível em: <<http://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>>. Acessado em: 02 dez 2014.
28. American Medical Associations, IMGs in the U.S. Physician Workforce Discussion Paper; 2009. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/international-medical-graduates/imgs-in-united-states.page?>>. Acessado em: 2 dez 2014
29. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals, *N Engl J Med*, 370; 2013: 950-957.
30. Krieger N. Glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 5; 2001: 693-700.
31. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos; 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 10 jul 2013.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p57-67>

O FACEBOOK COMO CONFESSIONÁRIO: DISCURSOS SOBRE SI E O INVESTIMENTO DOS PODERES

FACEBOOK AS CONFESSORARY: DISCOURSES ON ITSELF AND THE POWER INVESTMENTS

Renato Levin Borges

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Educação no Grupo Temático Educação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Bacharel e Licenciado em Filosofia pela Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. **Email:** renato_levinborges@yahoo.com.br

Ricardo Burg Ceccim

Pós-doutor em antropologia médica, Programa de Pós-Graduação em Educação e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Professor Titular na área de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Email:** ricardo@ceccim.com.br

Resumo

Analisa-se o Facebook como modulação do dispositivo confessional cristão, em que um sujeito é instado, incessantemente, a produzir discursos sobre si, produzindo e sendo produzido por tramas de poder em um jogo de autorregulação. Para tal objetivo vale-se da análise de discurso foucaultiana, literatura sobre o manejo das informações por empresas e governos, assim como a legislação estado-unidense sobre usos de informações na internet e o *caso wikileaks* com as denúncias do ex-funcionário da Agência de Inteligência Americana Edward Snowden. Discute-se os processos colocados em circulação para a produção de discursos sobre si tanto no confessional quanto no site de relacionamentos, e como isso pode se relacionar com um trabalho da subjetividade sobre si mesma, produtora de saberes geradores de novos mecanismos de investimentos. Toma-se por conclusão a hipótese que o dispositivo de produção de discursos seja da ordem do funcionamento dos poderes e seus subsequentes investimentos, tanto na ordem governamental, quanto de ordem capitalística.

Palavras - chaves: Subjetividade; Confessionário; Investimento dos Poderes; Facebook; Foucault.

Abstract

The article analyzes the Facebook as a modulation of the Christian confessional device, in which a subject is asked incessantly to produce discourses on itself, producing and being produced by power webs in a self-regulation game. In order to achieve this goal avails itself of Foucault's discourse analysis, literature on the management of information by companies and governments, as well the US legislation on information uses on the Internet and the wikileaks case with the accusations of the former employee of the American Intelligence Agency Edward Snowden. It discusses the processes put into circulation for the production of discourses on itself both in the confessional and in the social networking site, and how it can relate to a job of subjectivity on itself, producer of knowledges generators of new investment mechanisms. It is taken as conclusion the hypothesis that the discourse producing device is needed from the operation of powers policy and its subsequent investments in both the governmental order, as the capitalistic order.

Keywords: Subjectivity; Confessionary; Powers Investments; Facebook; Foucault.

Introdução

Em *A Ordem do Discurso*, aula inaugural no Collège de France proferida em 2 de dezembro de 1970, quando de sua nomeação para assumir o posto que fora de seu antigo professor Jean Hyppolite, Michel Foucault logo coloca a seguinte questão: “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus

discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo?”^{1:8} Buscando compreender qual o papel dos discursos em sua dupla inscrição – de ponto de ação de poderes e de constituição de subjetividades – traçaremos breve esboço dessas inscrições na rede social mais utilizada atualmente, o Facebook. Buscamos, com esse “ensaio/experimento” apreender processos que estão em jogo *nesse* plano virtual-real de produção “voluntária” de discursos, em especial, discursos sobre si, e traçar relação com o Facebook como dispositivo que insta a falar tal qual o confessoriano cristão – conceito que nos servirá de suporte para pensarmos esse novo plano de inscrição de discursos. Quais técnicas de poder instam a falar ininterruptamente e quais são seus interesses e investimentos de poder – ordens do capital, técnicas de subjetivação e biopoder – incidentes exatamente sobre uma profusão de discursos.

É necessário esclarecer o que Foucault propõe como poder, discurso e dispositivo cristão do confessoriano, atrelamento saber-poder que cria o plano de inscrição onde as técnicas de poder – assim como as técnicas de si e sobre si – possibilitam processos de subjetivação. Não é interesse estabelecer juízos de valor sobre as práticas de uso e os discursos no Facebook, mas pensar as engrenagens colocadas em processo nesse ambiente e como seu produto, os discursos, estabelecem áreas de contato e planos de investimento das técnicas de poder. Para começarmos a nos desvencilhar dos possíveis mal-entendidos sobre o poder, passemos à proposição positiva de poder em Foucault.

O poder como máquina produtiva

Parece que toda vez que se fala em poder tem-se em mente alguma entidade substancial que concentra e emana poderes.

Esse poder invariavelmente encontra-se em outro lugar e se dá a conhecer por seu caráter negativo: seja por meio de repressão, submissão, proibições de toda ordem, interdição de agires ou determinação dos modos de existir. Em suma, esse modo de representar o poder em sua condição paradoxal de aparecer no negativo, que só é presente em sua ausência, poderíamos chamar de tese repressiva ou negativa do poder. O poder – os poderes – para Foucault são da ordem das forças, e essas produtivas. Não se trata de uma posse, seja de um determinado grupo humano, seja do Estado. Foucault demonstra que “não é assim, nem disso, que procede o poder.”^{2:35} O poder seria “menos uma propriedade que uma estratégia”, e seus efeitos não seriam “atribuídos a uma apropriação, mas a disposições, a manobras, táticas, técnicas, funcionamentos.”^{2:35} O poder “se exerce mais do que se possui, não é privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas.”^{2:35}

Quando representamos uma classe social como detentora do poder, ou mesmo o Estado, tomamos o poder como substância, como algo que se pode possuir. O próprio Estado é efeito de engrenagens de poder: o poder é, portanto, difuso, por isso, não é localizável e impõe a necessidade de pensarmos suas relações e processos mais do que sua artificial centralidade em uma máquina estatal. Evocamos aqui a influência nietzschiana como um eco afirmando que onde há relações entre seres vivos, há relações de poder. O que se quer afirmar é que o poder é operatório e não é substância, portanto, não possui essência. “O poder produz realidade, antes de reprimir. E também produz verdade, antes de ideologizar, antes de abstrair ou mascarar.”^{2:38}

Nesse sentido, é possível falar em tese positiva do poder: positiva porque produz e faz produzir. Como então o

discurso passa a ter relevância aos poderes? Primeiro porque há um atrelamento entre saber e poder. Saber e poder implicam-se mutuamente, embora a prática de poder seja irreduzível ao saber. Sobre essa mútua implicação saber-poder, em uma breve passagem do primeiro volume de *História da Sexualidade I: a vontade de saber*, Foucault diz: “Entre técnicas de saber e estratégias de poder, nenhuma exterioridade, ainda que cada uma tenha seu papel específico e que se articulem entre si, a partir de suas diferenças.”^{3:92-93} Embora o poder não seja redutível ao saber, é necessário que compreendamos que o poder engendra saberes. Assim seguimos na direção dos discursos. Essa implicação mútua “saber-poder”, ocorre do seguinte modo: “temos que admitir que o poder produz saber”^{4:30}, não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque útil; temos que admitir “que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.”^{4:30}

Essas relações de “poder-saber” não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; (...) é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento.^{4:30}

Por que o discurso importa?

O que são os discursos é o que precisamos responder – mesmo que rapidamente – para buscarmos pensar os processos que continuamente os produzem e os investem. Em *A Vontade de Saber*, Foucault define que:

[...] os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força; podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas.^{3:96}

Se os poderes tecem saberes, é no discurso que os poderes veiculam o que produzem e instam a produzir, operando nos dois sentidos, isto é, na produção e captura dos discursos. Que haja engrenagens como o Estado e o mercado e que essas se saturem com a produção de modulações de estratégias de poder e captura de saberes isso não indica que, para Foucault, haja alguma ontologia dos centros de poder, onde Estado e capital desfrutariam de posição privilegiada ou posição primeira na ordem dos saberes-poderes.

Quando falamos das capturas é necessário entender que o próprio discurso não é uma espécie de significante puro e simples que traduziria relações e acontecimentos, ele próprio é campo de embate de forças, ou seja, dentre os inúmeros jogos de poder que é possível jogar, a ordem do discurso é talvez o plano de inscrição dos poderes mais importante: tanto para cooptar como para fazer rachar. Espaço de rachadura das técnicas e estratégias do poder no discurso porque esse não existe sem possibilitar resistência.

Há uma crítica que se dirige à relevância da ordem do discurso no pensamento foucaultiano que postula

que há sobrevalorização do discurso nas relações de poder.

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. [...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.^{1:10}

Entretanto, mesmo que Foucault reconheça que o discurso não é simples tradutor, compreende por outro lado que a própria profusão e determinadas maneiras de sobrevalorizar o discurso podem ser usadas como estratégia dos poderes para diminuir as tensões e afastar os acontecimentos que engendram e são engendrados nos discursos, delimitando-os e os confinando ao campo da linguagem – ou como Deleuze diria, ao plano da pura tagarelice:

Ora, parece-me que sob esta aparente veneração do discurso, sob essa aparente logofilia, esconde-se uma espécie de temor. Tudo se passa como se interdições, supressões, fronteiras e limites tivessem sido dispostos de modo a dominar, ao menos em parte, a grande proliferação do discurso. De modo a que sua riqueza fosse aliviada de sua parte mais perigosa e que sua desordem fosse organizada segundo figuras que esquivassem o mais incontrolável: tudo se passa como se tivessem querido apagar até as marcas de sua irrupção nos jogos do pensamento e da língua. Há, sem dúvida, em nossa sociedade e, imagino, em todas as outras, mas segundo um perfil e facetas diferentes, uma profunda logofobia, uma espécie de temor surdo desses acontecimentos, dessa massa de coisas ditas, do surgir de todos

esses enunciados, de tudo o que possa haver aí de violento, de descontínuo, de combativo, de desordem, também, e de perigoso, desse grande zumbido incessante e desordenado do discurso.^{1:50}

Será no século XVII que será posta a necessidade de produção de discursos sobre si, para de um lado dizer incessantemente verdades sobre si – eu devo confessar! Eu devo dizer a verdade! Por outro lado, constituir processos de subjetivação que – durante e no processo de produzir verdade sobre si – se constituirão, se centrarão e se reorganizarão em um enfoque que culminará em um *eu* subjetivo que traça as (e se atrela às) representações de si, que agencia um plano de inscrição aos poderes.

Constituindo e investindo esse plano de inscrição encontraremos, no cristianismo, o dispositivo do confessionário.

O confessionário e o Facebook

No curso *Os Anormais*, anos de 1974 e 1975, Foucault identifica nos séculos IX, X e XI o germe da prática da confissão entre os leigos. O objetivo dessa prática era envergonhar-se diante dos pecados cometidos, mas ainda não se tratava do dispositivo do confessionário. Os objetivos que levarão à criação do confessionário serão em grande parte diversos, contudo, cumpre notar que nesse período o princípio da revelação do pecado é colocado em funcionamento, isto é, as engrenagens da produção de verdades sobre si - dirigidas nesses séculos às autoridades religiosas, a qual exercerá, por seu turno, o poder de aplicar penitências para a expiação dos pecados – investindo sujeitos (o assujeitamento).

Será somente no século XIII que serão instados os infiéis a se confessarem

regularmente, sendo que essa confissão terá que ocorrer novamente direcionada aos clérigos com a frequência de pelo menos uma vez por mês, ou até mesmo uma vez por semana, mesmo que não haja mais pecados a confessar como anteriormente se requeria: confessar quando pecasse e poder confessar para leigos já que o objetivo era envergonhar-se.

Dirá Foucault que a Igreja retomará para si a função de receptor e condutor das confissões, instando que o indivíduo produza verdade sobre si incessantemente: “enfim, e sobretudo, obrigação de exaustividade. Não bastará dizer o pecado no momento em que foi cometido, e por achá-lo particularmente grave. [Será] preciso enunciar todos os pecados, não apenas os graves, [...] também os que são menos graves.”^{5:220-221} A partir dessa produção continua e infundável se constituirá o plano de inscrição da autoridade eclesiástica:

[...] cabe ao padre manipular essa sutilíssima distinção que os teólogos fazem entre pecado venial e pecado mortal, que, como vocês sabem, podem se transformar um no outro, conforme as circunstâncias, conforme o tempo de ação, conforme as pessoas etc. Portanto, existe a obrigação de regularidade, de continuidade, de exaustividade.^{5:221}

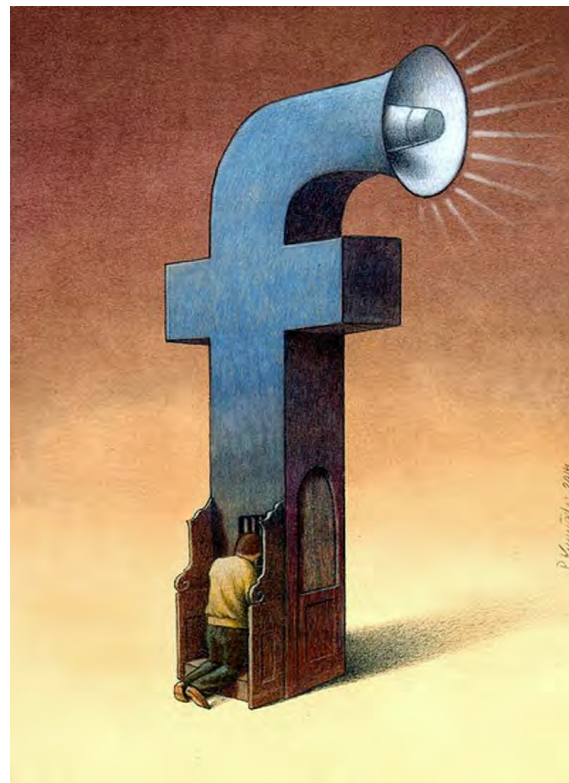
As três características do dispositivo *confessionário* estão postas: regularidade na produção de verdade sobre si e continuidade, isto é, certa regularidade no falar sobre si e de si, e exaustividade dos discursos, falar ininterruptamente, infinitamente. Temos nesses três elementos as engrenagens que colocam em funcionamento tanto o confessionário quanto o dispositivo moderno do Facebook.

O que no século XIII garante esses três elementos são a *regularidade* requerida pelo padre para que o fiel se confesse (e

o fiel via de regra se confessará graças a autoridade que o padre exerce sobre ele); a necessidade de *continuidade*, o que significa que a partir de então não será mais episódica a necessidade de se confessar, mas constituir-se-á um ciclo temporal para tal (o elemento fundante será a confissão geral e anual); e por fim, o que garantirá a *exaustividade* será uma torção da condição do padre de receptáculo passivo - fala o fiel quando quer e do modo que quer - para a condição ativa de extrator: o fiel será perguntado, pressionado, terá suas palavras direcionadas, controladas, e será, sobretudo, instado a responder o que o padre quer saber.

É necessário compreender que esse mecanismo da produção de discursos sobre si do confessor é colocado em movimento em torno da noção de revelação e é exatamente porque só poderá haver absolvição por meio da revelação que a confissão se constitui um elemento essencial para os poderes, passando a se atribuir o direito de exame. É no direito do exame que o poder da pastoral cristã - e posteriormente dos Estados modernos - formará o "poder empírico do olho, do olhar, do ouvido, da audição do padre."^{5:224} Isso significa que para melhor governar as almas, toda uma série de mecanismos será colocada em funcionamento e essa se rearticulará infinitamente para que haja olhos e seus ouvidos em todas as partes.

Figura 1 – Facebook como confessor, por Paweł Kuczyński



Fonte: Kuczyński.⁵

Consideremos o Facebook como modulação do confessor. As três regras que colocam em funcionamento o confessor estão também presentes no site: regularidade de produção discursiva, periodicidade - mesmo que não fixa, se é sempre instado a criar discursos - e a exaustividade, isso é, falar o tempo todo, sobre tudo e especialmente sobre si. Entretanto, a operação aqui é mais sutil. Os discursos sobre si do Facebook operam um jogo duplo onde o sujeito fornece substrato às técnicas de poder ao mesmo tempo em que - de modo retificado - reinveste em um núcleo subjetivo: constitui para si um *eu* que se inscreve em determinado espectro de identidade. Parece-nos que esse centramento artificial operado pelo próprio sujeito ao produzir verdades sobre si é a superfície de contato (ponto de inflexão)

dos investimentos dos poderes: esses miram a subjetividade entendida como representação de si e centramento operado pelo sujeito na emissão de discursos que, de algum modo, lhe possibilitaria atos de liberação ou de liberdade.

A pergunta "o que você está pensando?", inserida no espaço para postagem no Facebook se afigura emblemática por sua solicitação contínua para que se produza discursos a partir de si e sobre si. Aproximemos mais o dispositivo do confessor ao Facebook: os processos colocados em prática pela igreja com o confessor são análogos à torrente infindável de produção no site de relacionamentos:

Na verdade, tudo isso se cristalizou no interior de uma instituição, ou antes, de um pequeno objeto, de um pequeno móvel, que vocês conhecem bem e que é o confessor: o confessor como lugar aberto, anônimo, público, presente dentro da igreja, onde um fiel pode vir se apresentar e onde encontrará sempre à sua disposição um padre que o ouvirá, ao lado do qual ele se vê imediatamente situado, mas do qual, apesar disso, é separado por uma cortininha ou pequena grade.^{5:229}

Ao contrário da posição que ocupava o padre na confissão, no Facebook não há medição para penitência, há coleta de sinais, dados, informações, desejos e tudo isso servindo aos mais variados usos, como se não mais se introduzisse a vida do indivíduo ao exame do padre, mas sim ao exame geral. Importante é que haja um dispositivo em processo contínuo de incitação de produção das mais diversas ordens de discurso; importa que ele, o dispositivo, sempre acolhe a produção para os mais variados usos.

Nesse breve ensaio sobre as relações

discursivas e os poderes buscamos pensar os investimentos dos poderes nos discursos (assim como nos silêncios que instauram) produzidos pelo sujeito (como em Foucault), quase como método: "buscar as instâncias de produção discursiva (que, evidentemente, também organizam silêncios), de produção de poder (que, algumas vezes têm a função de interditar), das produções de saber (as quais, frequentemente, fazem circular erros ou desconhecimentos sistemáticos)"^{3:17}, como explica Foucault. Passemos rapidamente a alguns poderes dessa discursividade incessante produzida no Facebook.

Investimento do capital

Qualquer pessoa que já tenha procurado por alguma coisa em sites de busca e logo após tenha entrado no Facebook já reparou que no corpo do site há uma série de sugestões de produtos relacionadas à pesquisa feita anteriormente. Por exemplo: se uma pessoa pesquisa sobre cafeteiras, uma série de ofertas aparecerá em sua página no Facebook. Mesmo quando a pesquisa não é sobre um produto, como por exemplo, pesquisar sobre Nietzsche, invariavelmente o Facebook sugerirá desde livros de Nietzsche até canecas com seu rosto, passando por camisetas com frases de impacto do filósofo, dentre outros produtos inimagináveis ligando a imagem do pensador a uma gama infindável de artigos de consumo. A ferramenta de localização, também, funcionará como sugestão de lugares a visitar, amigos a encontrar etc. A mesma ferramenta assinalará para todos aonde você está e, a você, quem de sua rede de amigos está por perto. As dicas passarão a incluir a língua do país onde esteja e as inserções comerciais passarão a ser do país em que esteja.

Segundo artigo da revista *Time* de fevereiro de 2014⁷, há sete usos das informações dos usuários do Facebook investidas pelos fluxos do capital. O primeiro uso diz respeito a uma espécie de repositório de informações que não podem nunca ser apagadas do servidor do site. Isto significa que mesmo que o usuário opte por deletar sua conta, seus dados nunca serão totalmente excluídos do servidor. Há então uma saturação e compilação de dados e essa técnica se liga às posteriores. O segundo uso diz respeito à utilização não consentida do usuário para fins propagandísticos do consumidor de produtos comprados pela Internet – e inclusive fora dela, segundo convênios do Facebook com companhias coletoras de dados como a Datalogix, Acxiom, Epsilon e BlueKai, essas possuindo contrato com lojas físicas que repassam os dados⁸ –, tornamo-nos garotos ou garotas propaganda sem sabermos. O terceiro modo está atrelado ao segundo, já que o Facebook coleta dados mesmo quando o computador encontra-se desconectado da Internet. O site coleta dados por até 90 dias valendo-se dos *cookies*, espécie de arquivos depositados no computador através da conexão com variados sites, esses coletam os dados do usuário para enviá-los ao site que armazena e direciona suas estratégias de investimento a partir desse importante processo de traçar perfis de consumo.

O quarto uso diz respeito à opção “curtir” também sendo usado com fins de propaganda (involuntária) pelas empresas no Facebook. O artigo da *Time* fala no quinto – e mais relevante para nossos propósitos – uso do site: em verdade, não se trata puramente de uso, mas da obrigação imposta de verdade. Ocorre que anteriormente era possível criar uma conta com nome falso, informações falsas sobre sua localização e até mesmo ocultar seu perfil da busca de outros usuários. Gradualmente o site passou a exigir nome e sobrenome verdadeiros e tornou impossível

optar por não ser possível que outros usuários encontrem páginas pessoais de quaisquer outras pessoas que tenham cadastro no site.

O sétimo uso desses dados é o tráfego de informações entre Facebook e Estado, assunto que abordaremos a seguir. Muito embora não seja nosso propósito aprofundarmo-nos na discussão dos usos dos discursos pelos poderes, mas traçar um mapa, ou um breve sobrevoo por esse plano, cremos ser relevante sinalizar que essa problemática se inscreve na discussão mais ampla foucaultiana de *biopoder*ⁱ enquanto se ocupa da sujeição dos corpos e controle das populações.

Investimento do Estado

Em 1974, nos Estados Unidos da América, o então presidente Richard Nixon renuncia por causa do escândalo gerado pela revelação de que havia sido criada uma rede de espionagem para ajudá-lo a se reeleger em 1972. Como resposta ao escândalo conhecido como *Watergate*ⁱⁱ, é criada e aprovada pelo Senado estado-unidense a emenda conhecida pela sigla FISA (*Foreign Intelligence Surveillance Act* ou Lei de Vigilância de Inteligência Estrangeira) que determina os procedimentos para a vigilância física e eletrônica e coleta de informação de inteligência estrangeira, mantendo a necessidade de mandatos judiciais para investigar cidadãos estado-unidenses e tomando como único critério

ⁱ O termo biopoder, que já fora utilizado nos cursos no Collège de France a partir do seminário de 1975-1976, aparece como conceito no primeiro volume de *História da sexualidade* como: “[...] explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações.”^{3:131}

ⁱⁱ De acordo com o portal Watergate¹⁰, o escândalo de Watergate recebe o nome do hotel homônimo que costumava ser o ponto de encontro do Partido Democrata na capital Washington.

para a obtenção de dados e vigilância de estrangeiros que seja demonstrado que o indivíduo investigado provavelmente faça parte de poder estrangeiro ou esteja a serviço de poderes estrangeiros.ⁱⁱⁱ

A vigilância e a atenção aos discursos em meios virtuais receberam grande impulso a partir da emenda Patriota aprovada por George W. Bush após o ataque terrorista de 11 de setembro de 2001, adicionando à emenda de 1978 a possibilidade de “autorizar longos períodos de vigilância.”⁹ O texto da emenda não é preciso sobre quais tipos de procedimentos devem ser utilizados na vigilância e obtenção de informações, valendo-se (ao que os fatos posteriores parecem indicar) da própria imprecisão da lei, já que as denúncias contra o governo Bush de obtenção por meios ilegais virá à tona com o vazamento dos documentos por Edward Snowden em junho de 2013. Funcionário, à época, da Agência Nacional de Segurança dos Estados Unidos, Snowden tornou pública a existência do PRISM, nome-código do programa governamental para a obtenção de dados conhecida como SIGAD US-984XN¹², criado sob o governo de George W. Bush e renovado quando estava prestes a expirar sua vigência pelo presidente Barack Obama em dezembro de 2012¹³ – que foi primeiramente noticiado pelo *The Guardian*¹³, na Inglaterra, e *Washington Post*¹⁴, nos Estados Unidos.

O programa PRISM seria o modo com que efetivamente o governo estado-unidense obtinha massivamente dados por meios ilegais, “grampeando” diretamente os servidores-base dos sites com maior número de usuários, como o Facebook. Se, legalmente, o caminho para obtenção de dados pelo governo é por meio de mandatos judiciais^{iv}, o problema posto era

ⁱⁱⁱ Todas informações aqui utilizadas sobre a emenda encontram-se disponíveis no site do Departamento de Justiça dos Estados Unidos da América.¹¹

^{iv} No ano de 2013, por exemplo, o governo dos Estados Unidos solicitou mais de 38.000 dados de usuários do Facebook, acatados em sua grande

a lentidão do procedimento legal e o interesse nas informações dos usuários ser imensamente superior aos casos onde eram cabíveis as quebras de sigilo de informação, além da proibição em demandar dados de cidadãos ou residentes em solo estado-unidense. Esses dados eram – e possivelmente ainda o são – buscados conforme o temor, interesse e possibilidade de investimento do Estado sobre os discursos, visto que o poder, embora nunca subjetivo, cria estratégias e técnicas visando determinados propósitos.

É relevante notar o grande investimento dos poderes do Estado sobre as mídias sociais, em especial por seu potencial de mobilização de outras tramas de poderes que potencialmente se opõem ou possibilitam outras relações além e aquém ao biopoder dos Estados modernos ocidentais.

Considerações Finais

O problema colocado foi como se dão e onde se dão os investimentos dos poderes, no caso do Facebook, que possui mais de um bilhão de usuários¹⁷, onde exaustivamente se produzem discursos sobre si e compreender o jogo de cooptação contínua a partir dos fluxos do capital, das técnicas dos poderes para sujeição e controle das populações, concedendo ao Facebook posição estratégica como dispositivo de produção de verdades sobre si e como centro de tensão e inflexão dos investimentos polimorfos dos poderes.

Nosso propósito foi relacionar maioria, conforme notícia do *The Guardian*.¹⁵ Também há notícias de requerimento de dados de outros governos, em especial no ano de 2013, por países árabes buscando informações e modos de controle e disciplinamento das revoltas iniciadas no Egito. Recep Tayyip Erdogan, primeiro ministro da Turquia, país que solicitou dados ao Google, Yahoo e Twitter, dentre outros, chegou a afirmar em artigo¹⁶ que as mídias sociais são “as maiores ameaças à sociedade”.

as técnicas sobre a discursividade na mais famosa e popular rede social da atualidade, assinalando os traços constitutivos de seu funcionamento ao dispositivo do confessor cristão. O Facebook desponta como um novo plano de inscrição de discursos, insta a falar, fazendo-nos “confessar” regularmente, do ciclo temporal do cada dia ao sinal sonoro contínuo de notificações; mobilizando-nos continuamente pelo comentar, compartilhar ou curtir; e incitando à exaustividade pela necessidade da resposta e da interação ou mesmo da notificação de atos, lugares de estar e estados de ânimo. Investimento de biopoderes, produção da verdade sobre si, voz a ser emanada e vozes que retornam a cada publicação. Não se trata de ajuizar valor à complexidade das tramas de poderes implicadas na produção de discursos sobre si no Facebook em relação aos investimentos dos poderes. Verificamos possível constituir o confessor foucaultiano como plano imanente ao Facebook, onde poderes atuam e são produzidos, em um jogo de forças que tem nessa rede social espaço de embate e disputa.

Referências

1. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 1996.
2. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 2005.
3. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
4. Foucault M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes; 1975.
5. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes; 2001.
6. Kuczyński P. Confessional. 2014. 1 ilustração.
7. Luckerson V. 7 controversial ways Facebook has used your data. Time [Internet]. 2014 Feb 4 [citado em 2015 Mar 25]. Disponível em: <http://time.com/4695/7-controversial-ways-facebook-has-used-your-data/>
8. Klosowski T. How Facebook uses your data to target ads, even offline [Internet]. [S.l.]: Lifehacker; 2013 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: http://lifelifehacker.com/5994380/how-facebook-uses-your-data-to-target-ads-even-offline_
9. AllGov. Foreign intelligence surveillance court [Internet]. [S.l.]: AllGov.com; c2015 [acesso citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: http://www.allgov.com/departments/department-of-justice/foreign-intelligence-surveillance-court?agencyid=7206_
10. Watergate. Watergate: the scandal that brought down Richard Nixon [Internet]. [S.l.]: Watergate, c1995-2015 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://watergate.info/>
11. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. The Foreign Intelligence Surveillance Act of 1978 (FISA) [Internet]. Washington: OJP, 2013 [citado em 2015 Abr 3]. Disponível em: <https://it.ojp.gov/default.aspx?area=privacy&page=1286>
12. Chappell B. NSA reportedly mines servers of U.S. internet firms for data [Internet]. Washington: NPR, 2013 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.npr.org/blogs/thetwo-way/2013/06/06/189321612/nsa-reportedly-mines-servers-of-u-s-internet-firms-for-data>
13. Greenwald G, Macaskill E. NSA Prism program taps in to user data of Apple, Google and others. The Guardian [Internet]. 2013 Jun 6 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.theguardian.com/world/2013/jun/06/us-tech-giants-nsa-data>
14. Washington Post. NSA slides explain the PRISM data-collection program [Internet]. 2013 Jul 10 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/special/politics/prism-collection-documents/>
15. Rushe D. Facebook reveals governments asked for data on 38,000 users in 2013. The Guardian [Internet]. 2013 Aug 27 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.theguardian.com/technology/2013/aug/27/facebook-government-user-requests>
16. Letsch C. Social media and opposition to blame for protests, says Turkish PM. The Guardian [Internet]. 2013 Jun 2 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.theguardian.com/world/2013/jun/02/turkish-protesters-control-istanbul-square>
17. Statistic Brain. Facebook statistics [Internet]. [S.l.]: Statistic Brain, 2015. Research date: 2015 January 27 [citado em 2015 Mar 28]. Disponível em: <http://www.statisticbrain.com/facebook-statistics/>

SEM PALAVRAS NA PONTA DA LÍNGUA: SAÚDE MENTAL COLETIVA, PEDAGOGIA E GAGUEIRA

NO WORDS BY HEART: MENTAL HEALTH CONFERENCE, PEDAGOGY AND STUTTERING

Gisele Vicente

Pedagoga e Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS/EDUCASAÚDE.

Email: gisevicente@gmail.com

Luciano Bedin da Costa

Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

Email: bedin.costa@gmail.com

Resumo

Este artigo reescreve um trabalho de conclusão de residência multiprofissional em saúde mental coletiva. Escrita em narrativas de percurso, pretende, em processos de desmanches de palavras, provocar um gaguejar da língua em saúde mental coletiva. Trabalho feito em muitas mãos, de encontros com Roland Barthes e sua abordagem acerca da teatralização da língua, com Manoel de Barros a escovar palavras para ouvir seu primeiro sussurrar e Jorge Larosa com sua ideia de sujeitos enquanto viventes de palavras. Apresenta, sem palavras na ponta da língua, a pedagogia, a saúde coletiva e seus gaguejares. Com palavras a titubear trajetos em estar residente, perguntar: qual o lugar da pedagogia na saúde mental coletiva? Em atos de saúde, a pedagogia chega nova sem ser novidade: ela chega entre espaços de não estar. De pensamentos nômades, uma pedagogia em saúde mental coletiva pode emergir de práticas mestiças, do gaguejar de palavras, do trincar da língua.

Palavras-chave: Saúde Mental Coletiva; Pedagogia; Linguagem.

Abstract

This article is a new point of view of the work developed in the collective mental health residency. The route narratives were used to show miscarriages processes of words, and to crack collective mental health concepts. This paper was wrote by many hands as well as inspirations as Roland Barthes' dramatizing knowledge, Manoel de Barros' unpretentious poetry and Jorge Larosa's idea about subject, which is understood as living word. Even without completeness, it dares to show pedagogy, public health and their cracks. There is some hesitation, even after cross the path, but the question should be asked: what place has the Pedagogy in Collective Mental Health? The Pedagogy was transformed, but the usual health view can't see anything new, there is no assurance about the place in each one shall occupy. However, crossbred practices, stutter and cracks might bring out a peregrine thought to Collective Mental Health.

Keywords: Collective Mental Health; Words; Pedagogy.

Prólogo

Além deste prólogo, este trabalho é dividido em quatro partes, seguidas de um epílogo. Cada qual funciona como uma espécie de maquinador de possíveis, em se falando da pedagogia exposta ao campo da saúde mental. A partir da convicção de que as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação,¹ perceber e escutar nossas palavras em saúde mental coletiva é dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. Não

se trata, portanto, de definir e tampouco circunscrever lugares. Pelo contrário, é na aposta de uma variação e titubeio da língua que nos colocamos a falar a respeito da relação entre pedagogia e saúde coletiva.

Neste texto, com o que conseguimos enunciar a partir de nossas experiências, a pedagogia na saúde mental coletiva anda a murmurar. Balbucia um linguajar tentando marcar alguma entonação. Então a própria língua de uma pedagogia põe-se a gaguejar.

De pensamentos nômades, uma pedagoga se desequilibra e cambaleante compõem palavras: "gaga de nascença e, no entanto, tinha algo a dizer."^{2:123} A pedagoga quer saber, será possível fazer nossa língua gaguejar? Ela entende que coletivos multiprofissionais fazem a língua deslizar, bifurcar e variar em cada uma de suas palavras.

Pensar quais palavras compõem a saúde mental coletiva é exercício desta escrita. Exercício que se faz de um texto que "já não tem a frase por modelo; é amiúde um potente jato de palavras."^{3:13} Em jatos de palavras, um tanto descontínuo, pensado para ser simples, de poucas palavras, esta escrita não conclui: ele escuta.

Bocas de ouvir palavras em coletivos multiprofissionais para com pés de se olhar, perceber quais realidades atualizamos com nossas palavras. Assim, na proposição de práticas de desmanche de palavras, esta escrita convida a fazer gaguejar nossos conceitos em saúde mental. Entre frases, enunciados, referências, experiências, imagens e fabulações, cultivar espaços vazios para a ausência de palavras.

Parte I

Nada existe, exceto a língua.^{3:14}

Tenho muitas palavras dentro do olho. Aprendi a dialogar com as águas, ainda que

não soubesse bem a língua das marés. Contudo que solestrassem mares melhor que mim. Palavras conchas de clamores antigos incrustados em pedras de murmúrios ininteligíveis. Acho que nunca tive palavra na ponta da língua, que saísse fácil. Palavra em mim é como soco na boca do estômago. Palavra morna, doce, bem intencionada também têm impacto: palavras blocos gessos ósseos discursos que permeiam nossos manicômios virtuais, nossas desinstitucionalizações institucionalizadas, nossos jeitos de conduzir, de cuidar, de dizer e reconhecer o saudável, etc. Eu sabia que "as palavras possuem no corpo oralidades remontadas e muitas significâncias. Eu queria então escovar as palavras para escutar o primeiro engasgar de cada uma. Para escutar os primeiros sons, mesmo que ainda dígrafos."^{4:21} O escovar das palavras da pedagogia na saúde mental pode bem fazer gaguejar nossos conceitos de saúde. A pedagogia pode atualizar este movimento multiprofissional, pelo seu caráter de coletivo, de cidade, de fluxo, de pensamento. O contrário também pode acontecer: a saúde coletiva e suas diferentes profissões refazem a pedagogia, desfiguram a pedagoga que, com fios diversos tece para si muitas máscaras.

Escovar palavras. Como o arqueólogo sentado na terra a escovar osso por amor. Escovar o texto por prazer, entregar-se a fruição da palavra pelo gozo, repensar a língua e se possível desmontá-la: porque fomos nós que a inventamos! Estar como alguém que, num processo de raspagem da palavra dita em saúde mental faz desse exercício, também, os modos, processos e dinâmicas para a efetivação da prática coletiva. Seria então, todo movimento de fazer fissuras, pelo gosto de tirar em lascas todo excesso que a palavra carrega.

Que falasse a gaguejar conceitos talvez ouvisse a encenação de um aparecimento/desaparecimento da língua. Assim, para

cada palavra em movimento um tropeço repentino. Algo de supetão. Pé pedra rosto chão. Um desatino. Um apagão sem aviso. Um lapso. Um circuito eletrocardiográfico. Um jogo de aparecer e desaparecer. Não queremos palavra nova o tempo todo. Ela vem quando em bons encontros, nos intervalos das tensões.

Da composição

Seria pouco supor a formação de um profissional de saúde como um processo de aquisições e habilidades intelectuais. Além das atividades protocolares, quais intercessores intervêm em nossa formação? Para Ceccim,⁵ intercessores são interferências, constituindo agenciamentos, convocações ou modos de sentir-pensar-querer e, aqui, nos servirão para qualificar os fatores de exposição a que somos apresentados para nos configurarmos profissionais de saúde.

Uma pedagogia pode fazer saber que a língua, como coisa viva que é, só muda quando mudam as pessoas, as relações entre elas e a forma como lidam com o mundo. Falamos então de intercessores capazes de provocar muitos burburinhos, cochichos, sussurros, desde que para outra língua que não sabemos. Deleuze nos traz a ideia de que intercessor pode ser tudo que dá para pensar em determinado campo - na saúde mental coletiva - que lhe é exterior, que lhe está *no seu fora*.

A pedagoga seduz intercessores que façam gaguejar uma língua maior de disciplinas, que faça gaguejar palavras de um fio condutor, de uma língua maior em saúde mental coletiva. Talvez a pedagoga estrangeira de sua própria língua possa, em intercessões, fazer uso de exercícios de desmanches profundos de frases feitas no campo das ideias em saúde e em educação.

Intercessores são exercícios de pensamento, são novas formas de expressão, são jeitos diversos de pensamentos gagos. Pensar não é o exercício natural de uma faculdade. O pensamento não pensa sozinho e por si mesmo, como também não é perturbado por forças que lhe permaneceriam exteriores. Pensar depende necessariamente das forças que se apoderam do pensamento.^{6:1220}

Intercessores são forças. Fazem o pensamento sair de sua imobilidade, provocando encontros. Intercessores nos importam por serem capazes de tornar possível a criação. Ser intercessor em si é romper com o sujeito da oração, inerte. É sofrer a ação de forças externas que nos movimentem. Pensar por intercessão é explicar, desenvolver, decifrar, traduzir palavras. Criar vocábulo. Cada vocábulo de um idioma, cada ideia que ele carrega é uma teia de sentidos que vai se alterando ao longo da História.

Tão falsa quanto real, fica difícil apontar *nela* onde começa a ficção e quando termina alguma realidade. Obviamente que não estou a falar somente da pedagogia: reconhecemos que é da vida a criação da vida.

Mestiça, a pedagoga. Nunca soube o que lhe havia acontecido. Ela acontecia: de pouco em pouco, acontecia “do velho cara ou coroa que é afundar ou nadar, recordar ou esquecer, as diferenças que as coisas insignificantes provocam...”^{7:24} Coisa de mestiça é trans-bordar. É sair da calha comum da palavra. É tecer o corpo e nascer ao mesmo tempo. A pedagoga que se quer mestiça, precisa desencalhar: não há palavra régia em seu transitar. Mestiça de ter novidade para oferecer, de chegar sempre com telhas a menos. Mestiça, de acreditar em explicação de confundir, querer desperdício para poder faltar, viver de inventar palavras de mansinho, bem de leve para não poder caber.

Da derivação

s.f.: Ação de derivar ou de desviar as águas (ou outro fluido) do curso que seguiam. / Gramática: Processo pelo qual as palavras de uma mesma raiz se formam pela mudança de desinência ou afixos. / Matemática: Cálculo de uma derivada. / Medicina: Cada um dos circuitos eletrocardiográficos.^{8:194}

A derivação consiste na formação de novas palavras a partir de uma palavra primitiva. Assim, tomemos como ponto de partida as palavras com bases já existentes na tentativa de novas palavras: pode um doido endoidecer doidivanas? O amanhã amanhecer amanhecido? A terra enterrar no terraço o horizonte? O louco enlouquecer a loucura? Palavras de base para outras palavras. Quisesse lágrima palavra de emoção líquida escorrendo da língua. Doença palavra pó que num soprar se vai. Sussurros de um pequeno estar só, sem palavras.

Com que palavras nos colocamos a navegar? Em que águas nossos corpos se proporão a banhar? Ao desviar qualquer pensamento, percorrer outras águas, ao ritmo de tantas marés, distraímos a necessidade de informar, a busca por respostas, distraídos deixamo-nos ir com a correnteza. Uma vez no fluxo das marés, não mais uma margem para fixar. Nós liquefazendo palavras possíveis de água. Nós propondo palavras à deriva, em ilhas flutuantes. Derivar para tornar outro que não saberemos, compostos de uma terceira margem que nos atravessa.

Do ensaio

Inventei tantas outras para eu ser. De muitas palavras e percursos, fiz-me de outros invençônicos que, como eu, procuravam imagens em caleidoscópios. Excursiono visitante e temporária *estas invenções*. Em mim, efeitos de tantas produções: um tanto desassujeitada, percorro beiras de abismos. Interessam-me os abissais, as nebulosas, os buracos-negros, as descidas da ladeira, os seres inanimados, o que é oculto, o impossível me interessa. Se eu desse pé não me ensaiaria.

Assim a pedagogia ensaia: com quais palavras compomos uma cena de saúde mental coletiva? A pedagogia encena um passeio a céu aberto. No passeio, a possibilidade de um modelo melhor do que “a clínica individual de nossas aflições”.^{9:12} Um pouco de horizonte sobre nossas cabeças, uma relação com o exterior: De acordo com a autora, somente uma pedagogia para dar sustentação a esse movimento, pelo seu caráter de coletivo, de cidade, de pensamento, de aprendizados.

A seguir, cenas de uma pedagogia palavrageira em saúde mental coletiva. Contar. Inventar. Recrear. Zombar. Suprimir um ponto, acrescentar vírgulas. Espraiar os campos. Campo é palavra para o espaço do andarilhar do residente transeunte em serviços de desinstitucionalização da saúde mental coletiva. Espaços de andarilhos, tais campos, ora verdes ora concretos, fazem a pedagoga ir mais longe. Uma pedagoga para encenar, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPSi), na saúde indígena com a etnia Mbyá Guarani, em Residenciais Terapêuticos, cotidianos lindos de viver.

Cena I: Acontece. Não se sabe muito bem como, mas eles vão que vão! Ou se sabe: a implicação é grande, oscila entre altos e baixos, mas ora acontece. O cenário é a sala de equipe do CAPS. Ali, um mundo de coisas, gestos, palavras, desejos. Desde

as paredes a disposição dos móveis, a ligeira bagunça da mesa.... Tudo vibra: o mural de recados e seus papeizinhos falantes, o armário de prontuários que para além de um registro protocolar, abarca histórias de vida. O chimarrão compartilhado em manhãs frias, o planejamento posto em prática, o estudo de caso estudado. Vibram pessoas porque elas têm gana, sempre.

Cena II: Oficina Fora da Casinha. Uma oficina vagante que se dá em bando, em debandada. Encontros que percorrem cantos de uma cidade e abrem espaços para àqueles viventes fazerem-se no *fora*. A cidade é investida de uma orientação pedagógica expressa em seu *modus vivendi*, nos cenários, nas ritualizações e nas instituições e, a educabilidade deste *fora* é uma constante no processo educativo que é a dinâmica urbana da cidade. A Oficina Fora da Casinha é detentora de uma instrução socializadora e investida de uma função pedagógica, por entendermos que esta cidade detém uma função social advinda da experiência da urbanidade.

Cena III: Acompanhamento Terapêutico: É compor trajetos, é fazer-se em processo, é um curso d'água, são obstáculos no caminho, são os ritmos de muitas caminhadas, é estar em muitos e também estar sozinho. Percurso se faz de relações com pessoas, de valorização do trabalho em equipe, se faz da escuta disponível, do riso fácil. *Para mim*, inscrevo um percurso que se dá em um corpo. “Que corpo? Tenho vários! Tenho um corpo digestivo, tenho um corpo nauseante, um terceiro cefalálgico, e assim por diante: sensual, muscular, humoral, e, sobretudo, emotivo: que fica emocionado, agitado, entregue ou exaltado, ou atemorizado.”^{3:24} Porque não viemos de longe para nos enganarmos!

Cena IV: Pedagogas a caminho estão sempre incompletas como quem de repente desfaz-se, aprende, compartilha. No caminho como quem de repente cresce, transforma-se, coletiviza-se. Como alguém

que se compromete na tentativa com o plural, com o entredisciplinar. Estamos *mestiças*, fazemo-nos “capazes de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe de saúde.”^{5:277}

Cena V: A deriva: “O que é preciso é pluralizar, sutillar, sem freios.”^{10:83} Paredes o compõem. Demarcações, limites, escrituras. Fronteiras imaginárias, um corpo para *cabere*. Queremos *fazer cabere*? Sem lugar fixo, sem posologia, sem prescrição, na dissolução de diagnósticos, na porosidade de patologias, em espaços e tempos impossíveis de quantificar por metragem ou cronômetros, o acompanhamento terapêutico vagueia *entre* um dentro e um fora, um fora e outros foras, *entre* um *eu* e um *mim*, *entre* margens, nas travessias. Dá-se *entre* a rua e o acompanhado, *entre* o acompanhante e o acompanhado, *entre* o acompanhado e *ele mesmo*, *entre* qualquer lugar, dois pontos, em curvas e em emaranhados, em linhas, em paralelas, *entre* cruzamentos.

Ela *entre* muitos *eus* e as paredes. Ela também compõe o quarto. Ela e o seu corpo sempre a desejar: o corpo espia a janela, ele sabe que ela pode mais. Ele (o corpo) faz com que ela espie pela janela, seus olhos vagueiam: há encontros, há plurais lá fora. Agora ela também sabe o que o corpo não esquecia: ela se lança como flecha para o alvo e como o alvo para a flecha. Há encontros. Do quarto para a janela, da janela para o portão, do portão para o carro, do carro para o ônibus. No ônibus os fluxos de uma cidade: passar a roleta, desviar do estudante e sua mochila carregada de palavras, sentir os cheiros de todas as gentes, ouvir o murmúrio resultante de tantas vozes, a dureza do som dos parafusos frouxos, ela que se lança ao incerto, ao des[a]tino, ao evento, as encenações, aos [im]possíveis, aos i[ni]magináveis, ela que, em ato, se encena, se desenha, se permite outra. *Entretanto*, este espaço nem público

nem privado coloca frente olhos difíceis de enxergar, a *loucura*, o *desvio*, o *estranho*, o *estrangeiro*, o *anormal*. Ela, de corpo *vagante* pela cidade, evoca um novo direito de se relacionar: tatear estrelas, gostar das coisas do chão. Ela surpreende, desloca, *faz ver*, ajuda a olhar, a se olhar. Ela, mais carne que síndrome, mais coletiva que individual, mais fora que dentro, mais rua que sala, mais trajetos que pousos.

A seguir, *cenar* de um *fabulário cotidiano* dos Mbyá Guarani - em unidade básica de saúde de uma tékoa. Fluxo intenso no posto, cachorro, gato, galinha. Dia de vacinação, pré-natal, criancinhas e barbadões. Tratamento de canal, uma extração. Equipe completa, residentes disponíveis - e *achando tudo aquilo lindo!*

Cena VI: Éramos nós, no barro vermelho jogando futebol, um coletivo. E eu, sabendo não mais que três palavras em guarani, me apaixonava outra vez. São crianças cooperativas umas com as outras: eu na goleira com mais dois pequenos de no máximo quatro anos, no campinho um time misto onde os meninos maiores, do tipo *jogador Neymar*, praticavam a lindeza de compartilhar a bola com os demais, articulando o jogo no meio de campo de forma que todos pudessem jogar e assim, de fato, haver uma *partida de futebol*. Trinta minutos passados e eu, sem ar, tento propor um intervalo: “- Alguém aí está com sede? Que tal bebermos uma água lá no posto?”, ideia aceita, coletivo em debandada! Como as pias eram altas, os pequenos não alcançavam as torneiras. Tomo um deles em meus braços, menininho lindo, de rosto *craquelado* de tanta sujeira. Confesso, não pude me conter: *como uma profe no jardim de infância*, lavei bem aquele rosto, era verão e pude usar bastante água! E quando

largo o menino no chão, *limpo de morrer*, com olhos arregalados, ele me observa de forma muito séria e, imagino eu, tenta entender “*o que foi isso que passou por mim?!*”

Cena VII: Sementes de coentro doadas por um grande capixaba. Manjeriço, hortelã, babosa e temperinho verde vindos diretamente do Centro de Eventos da Pitinga. Nós, com enxadas em punho, preparamos a terra para o plantio. Toda *indiarada* envolvida: os maiores misturavam composto orgânico na terra, enquanto riam do *nosso jeito* de branco, embora alguns desconfiem que o Vinícius seja um indígena! Os pequenos tentavam nos ensinar as palavras em guarani para as hortaliças, arbustos e árvores do entorno. Apontavam para um arbusto em específico e empolgados falavam: *Pin-tá!* Olho para o arbusto, médio porte, bem exótico eu diria, com umas bolas cabeludas avermelhadas penduradas aos montes: *A-hãm, legal, pin-ta!*— falo eu com um desânimo próprio de um adulto sedentário. Mas continuaram a repetir *Pin-ta! Pin-ta! Pin-tá!* Voltamos para as funções do plantio e logo eles pararam com aquele coro de pequenas vozes. Passados alguns minutos de silêncio, em minha frente, *Marianinha* exibia um rosto pintado de um laranja avermelhado. Percebo *Cristina* com desenhos bem delineados nos braços, o menino pintou os olhos. Disse que era um dragão e eu acreditei. Como poderia ser outra coisa? *Pin-tá*, soubemos na prática, é a palavra guarani para *urucum*.

Cena VIII: A pedagoga ilustra: gosta de imagem para desmontar palavra. Chega *entre* a foto que perdura o instante: somos em intervalos de caducar palavra. A imagem deixa toda palavra assim: meio corpo, palavra tinindo, trincando.

Parte II

Na faceirice as palavras me oferecem todos os seus lados.

Então a gente sai a vadiar com elas por todos os cantos do idioma^{4:133}

Nada é fixo entre linguajares, tudo é procura. Fluxo incessante de palavra, a saúde mental coletiva tem suas vozes, é através delas que atualizam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por de palavras tão especiais como universalidade, equidade, integralidade. As políticas de saúde mental são vivas de palavras, dizem da preocupação com o cuidado, fazendo-se debruçar sobre discussões onde as dúvidas em como cuidar são frequentes. Cuidar é também pensar as nossas palavras.

A pedagoga, no esforço do *entre*, sai a imitar suas palavras, fica a vadiar com elas pelos cantos do idioma da saúde mental coletiva. Eis que, dos encontros e dos afetos, surge a Oficina de Palavras, relicário imenso da pedagoga que pensa palavra.

Oficina de Palavras

Prática de desmanche de palavras era o que tínhamos em mente. “Dar importância não ao significado, mas à produção. Em vez de perguntar “o que é isto?”, perguntar “o que posso fazer com isto?” Em vez de perguntar “é verdade?”, perguntar “como funciona?” Não interpretar, mas experimentar.”^{11:16}

Nossa produção não teve definidos objetivo específico nem metodologias. Nossa produção foi processo que se deu em encontros: tentamos algumas linhas convergentes.

A Oficina de Palavras foi produzida em 2011 com pessoas frequentadoras do CAPS II de Viamão. Neste tempo está escrevente

já pensava escovar palavra. Na modalidade de oficina terapêutica, nosso movimento pôde fazer pensar que são as palavras que nos fazem viveres. Nossos corpos são constituídos de palavras, de discursos, de prescrições, de noções de saúde e de pedagogia. Somos viveres de palavras e nesses falatórios, a oficina ousa a invenção: porque *estas* palavras e não *outras*? Toda continuidade é apenas o efeito de uma interpretação. O que temos em vez disso são falhas, quebras, hesitações, *movimentos inesperados, arranques e paradas abruptas*.

Descontínuos, nossas palavras em muitas direções informaram, proliferaram, gestaram, rotularam. Fizemos caber palavra. Apagamos e inscrevemos outras, ora não deixávamos nada. Mas não conseguimos sujeitos inteiriços, plenos, menos contraditórios. Celebramos o prazer e o perigo da *confusão de fronteiras*. A incerteza pode ter grande potencial para criação de pensar outros *quereres e fazeres terapêuticos* neste mental que é tão corpo como uma espinha dorsal.

Iniciada a produção em oficina, nossas palavras começaram a borrar, algumas permaneceram e outras se descompuseram. Privilegiamos nestes espaços de oficina, operações de desmanches. Transformamos nossas palavras, que eram as palavras dos outros sobre nós mesmos em algumas dúvidas: Que palavras nos compunham? Reconheceríamos-nos nestas palavras? E se nos vemos e nos fazemos naquelas palavras, como nos vemos e nos fazemos em outras tantas palavras disponíveis em nosso falatório infindo?

Fazer parte de uma Oficina de Palavras não é desvelar verdades estabelecidas em palavras no passado, ou simplesmente traduzi-las para acalantar inquietações do presente e tão pouco produzir efeitos num futuro. Trata-se de contestar a maneira sobre as quais essas palavras de verdade se fundaram, para que outras palavras e outras formas de escolhê-las se tornem possíveis.

Investir em mudanças no campo subjetivo é combater práticas de assujeitamento que fecham ou esgotam o campo de possíveis, propiciando a criação de outros possíveis ou mesmo do próprio possível, quando o campo parece esgotado.

Exemplo: Manuseio da leitura e afetação do Poema de Viviane Mosé *Receita para Lavar Palavra Suja*. Em pedaço de tecido, com tinta, escrevíamos a palavra que gostaríamos de lavar. Palavras patológicas, que diziam de diagnósticos inconclusos, foram escritas com *tinta guache*. Palavras da vida, como saudade e luto, foram pintadas com tinta de tecido. Após costurarmos nossos pedaços de tecidos escritos com nossas palavras à serem lavadas, em tarde de sol escovamos nossas palavras, mergulhamos em balde com água e sabão produção coletiva de pensar palavras.

O resultado foi um tecido em fragmentos costurados onde as *palavras doenças* pintadas a guache, borraram e se desconfiguraram. Legível mesmo somente as *palavras vida*. Talvez para dizer que a saudade que sentimos por alguém é de certa forma, permanente: sempre sentiremos saudades de alguém, ou de algo. Já nossas patologias, depressões, quadros clínicos, estes podem ser mudados, sentidos e desmontados, refeitos, repensados, esvaziados, deixados de lado mesmo presentes, transformados: é nossa a criação de noção de saúde.

Parte III

O dicionário dos meninos registrasse talvez àquele tempo nem do que doze nomes. Posso agora nomear nem do que oito: água, pedras, chão, árvore, passarinhos, rã, sol, borboletas... Não me lembro de outros.^{4:85}

A pedagoga toma para si um “dicionário de meninos”. Palavras corpo, palavras tóxicas, palavras coisas e palavras coletivas. Parlarvas: nascidas de casulo. Talvez nem do que algumas palavras de desmontar, assim práticas de desmanche de palavras podem bem mudar velhos hábitos de informar.

Acolhimento: As acolhidas, (*a* escuta primeira que se faz à pessoa no CAPS) este cotidiano das pessoas inseridas num fazer que se inclina ao outro, provocam-me. Tocam-me os timbres de voz, me movimentam as histórias de vida, fazem-me vibrar pelo som do silêncio em dois. Persigo experiências que se fazem de pensamentos transgressores, que se rebelam num fazer prudente, se implicam com a integralidade do cuidado. Escutar é complicado e sutil. Diz o Alberto Caeiro que “não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. É preciso também não ter filosofia nenhuma.”^{12: 75}

Ética: De acordo com Boff,¹³ podemos pensar ethos: ética, em grego; designa a morada humana. O ser humano separa uma parte do mundo para, moldando-a ao seu jeito, construir um abrigo protetor e permanente. A ética, como morada humana, não é algo pronto e construído de uma só vez. O ser humano está sempre tornando habitável a casa que construiu para si. Ético significa, portanto, tudo aquilo que ajuda a tornar melhor o ambiente para que seja uma moradia saudável: materialmente sustentável, psicologicamente integrada e espiritualmente fecunda.

Plano Terapêutico: Este *plano* é curvilíneo. É emaranhado terapêutico: terapêutico de muitas (outras) dimensões que um plano não permite. Uma ciranda terapêutica! Também em côncavos! O que não quer dizer que não lacemos nossos dados. Sim, os dados foram lançados e neste tempo muito se há de desejar. No lançar dos dados dedos que ficam à espera, longa ou não, de alguma abertura capaz de fazer passar uma vida, um instante, desejos, uma ínfima palavra.

São dedos que ficam à espera de *linhas* de cuidado neste *plano* que se anuncia pronto embora torto, inacabado, insuficiente, desajeitado, difícil de caber.

Explico-me: Não é possível traçarmos um plano já que estamos falando de vida e vida é *caos*. *Ora dá, ora não dá*. Compomos aqui e ali, nunca sós: no mínimo em dois. Aí, em dois a coisa é do nível do encontro. Encontro é encontro, precisa explicar? A vontade é grande. Os pactos se fazem. Mas onde mesmo é que vamos atar nossos nós? Não sabemos. Tateamos. Inconstantes e provisórias nossas pernas desacreditadas do que são capazes, caminham.

Clínica: Etimologicamente, a palavra clínica remete ao ato de inclinar-se sobre o leito de quem sofre. Porém quem se inclina pretende curar, e uma cura, a despeito da diversidade de sentidos que lhe sejam atribuídos, jamais podem ser realizadas de modo desinteressado ou neutro. [...] De fato, quando o sofrimento reside na alma, na subjetividade, aquele que se inclina não o faz simplesmente para despojar alguém de suas dores, mas, principalmente, das estratégias de existência associadas a essas dores, engajando todo o ser daquele que sofre. Deste modo, uma cura é algo muito diverso de uma decoupage: para além da eliminação do sintoma ou do sofrimento, está em questão um novo modo de subjetivar-se.

Profissão: Se a profissão de pedagoga tiver um fim ulterior a si mesma, sustento, reconhecimento, auto realização, conscientização – estará contaminada pelo utilitarismo. Então, fenece. Pois, já se viu um pensador profissional? Os pedagogos potentes preferem ser aficcionados.¹¹

Escuta: A palavra tem importância na medida em que a relação dos sujeitos com o desejo está mediada pela linguagem, e nisto estamos todos envolvidos, como seres falantes, como seres viveres. Assim, a noção de escuta deve estar vinculada à ideia de cuidado, com o objetivo de abrir

um espaço para a palavra e a produção do *louco*. Cuidado que muitas vezes recai numa prática moral educativa, uma vez que “cuidar” já pressupõe “o outro” como alguém que precisa de “nossos cuidados”. Penso que seria importante comprometer o cuidado na perspectiva da escuta, o que deve implicar necessariamente, para nós, cuidar da nossa própria palavra no sentido de livrá-la dos preconceitos e de mantê-la aberta às expressões do inconsciente.

Problema: A moral da criação e a moral da domesticação são plenamente digna uma da outra, no que concerne os meios de se impor. Podemos apresentar como princípio mais elevado o seguinte: para levar a termo a moral é necessário ter a vontade incondicionada do contrário. Este é o grande problema, o problema sinistro, ao qual consegui mais longamente: a psicologia dos “melhoradores” da humanidade. Um fato diminuto e no fundo modesto, este da assim chamada *pia fraus*, abriu-se um primeiro acesso a este problema. A *pia fraus* foi a herança de todos os filósofos e sacerdotes que “melhoraram” a humanidade. [...]. Eles duvidaram de direitos totalmente diversos... Expresso em uma fórmula, poder-se-ia dizer: “todos os meios, através dos quais até aqui a humanidade deveria se tornar moral foram fundamentalmente imorais.”^{14:55}

Subjetividade: De uma maneira ou de outra, todos nós estamos implicados em processos de produção subjetiva, como máquinas de guerra a minar a armadilha de um “eu” interiorizado que sustenta práticas supostamente “individuais” de cuidado e atenção. A questão está em inventar modalidades clínicas de muitas saídas para a pluralização do potencial desejante das singularidades, nosso potencial de crítica e de revolta. A expressão da palavra ‘produção de subjetividade’ denota a necessidade de ativar coletividades.

Parte IV

Entre conversas com amigos, o tema educação e saúde sempre vieram à tona. Em espaços formais e em mesas de bar colocamo-nos a pensar sobre nossas inserções em serviços de saúde, em escolas, espaços de gestão. Somos professores e pedagogos, enfermeiros e educadores físicos, historiadores e psicólogos curiosos do exercício de também escovar palavras, de também fazer gaguejar conceitos. Expressão que gostei desses encontros entre amigos foi de uma pedagoga professora na educação infantil: “- *Engraçado, tudo que é terapêutico pra vocês, é pedagógico pra mim!*”.

Nunca havia visto tanta facilidade em trocar palavras de lugar, em misturar conceitos, em borrar certezas. Fiquei a escovar esta frase. Convivi com ela durante muito tempo, afinal, não me é obvio tais distinções e nem sei se acredito que haja: o terapêutico e o pedagógico, palavras eternizadas em pedras de quebrar perna? Hoje penso que estar preocupada em definir quais palavras são mais terapêuticas ou mais pedagógicas não faz sentido. Terapêutico e Pedagógico não dizem mais nada, estão cheios de informar. Talvez se lavarmos tais palavras, misturá-las em azul anil, talvez.

Quebrar palavras é quebrar práticas de saúde mental que acontecem em torno da confissão: Como escreve Foucault,¹⁵ a obrigação de fazer passar regularmente pelo fio da linguagem o mundo minúsculo do dia a dia, das falhas banais, as fraquezas mesmo imperceptíveis, até o jogo perturbador dos pensamentos, das intenções e dos desejos; ritual de confissão.

Nossas práticas são nossos caminhos. Assim, quebrar pernas é quando uma pessoa usuária do serviço de saúde mental sabe exatamente quais palavras usar para conseguir aquele remédio ou tal laudo para perícia na previdência social. Este lugar

certo de palavras chave, fáceis de caber confessa: não sabe brincar de palavras mais do que trabalhar com elas. A pedagoga propõe quebrar palavra para que esse *tudo confessar* em saúde mental possa ser tropeço de abrir olhos: e a gente vai continuar dizendo tudo?

Antes de palavar, o silencilhar. A-signifizar. Desmanche de palavra só serve para deixar vazio espaços de dizer la-ra-lá... lá-ra. Burburinho de inventar latido. Grilo de choro cri-cricando o bem fazer. Palavra de louco fazendo gaguejar nossa saúde mental coletiva. Novas expressões de silenciar. Espaço vazio de palavra é mistério de gente diversa.

Epílogo

O prazer da palavra é o momento em que meu corpo adquire seu próprio linguajar. Porque meu corpo não tem as mesmas palavras que eu. Ele diz sem mim. O prazer da palavra no corpo é desvio de águas que segundo Barthes “deriva toda vez que eu não respeito o todo e que, à força de parecer arrastado aqui e ali, ao sabor das ilusões, seduções e intimidações da linguagem, qual uma rolha sobre as ondas, permaneço imóvel, girando em torno da fruição intratável que me liga ao texto (ao mundo). Há deriva, toda vez que a linguagem social, o socioleto, me falta”^{3:26}.

Falta-me a linguagem adequada, falta-me a capacidade de bem informar, falta-me a coragem para quase tudo explicar. Recusa da utilidade das coisas? Então eu não sei como as coisas andam? Pensar nossas palavras, escovar sílaba por sílaba pelo prazer do desmanche de fonemas sons de ritmos e o aparecimento de vazios de ecoar silêncios, é potência de coletivos e na multiprofissionalidade em saúde mental coletiva, saber que as palavras sofrem

decomposição por gosto.

A pedagoga intui que, em processos de composição, derivação e ensaio de palavras, é possível um gaguejar de conceitos e práticas em saúde mental coletiva, onde outras línguas podem fazer desinstitucionalizar palavras de aprisionar.

Jeito simples para dizer que as palavras da saúde mental coletiva não são elementos fixos *entre línguas*, em práticas de saúde multiprofissionais. Nossas palavras não são ingênuas e não dependem de uma lógica de entendimento: nossas palavras são *derivas*. Qualquer coisa sem lugar, sem fixação. Qualquer movimento sem língua. Nenhuma mentalidade. Nenhuma palavra.

A produção de atos terapêuticos em equipes multiprofissionais desafia nossa estrutura de pensar práticas especialistas de cuidado. Esvaziar palavra é possibilitar atos de saúde em outras perspectivas que, diferente de paradigmas, servem para tirar da ponta da língua nossas palavras colocadas em prática para estabelecer o cuidado com o outro, colocando-nos ativos nos processos de mestiçagem, como intercessores.

Uma vez no lugar mestiço, que inventar palavras devolva a alteridade do usuário, palavra que experimente em equipe a novidade, palavra que afirme a vida, palavra que traduza o “cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como critério dos valores de atenção à saúde, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para autoprodução de si e do mundo (...)”^{5:277}.

Referências

1. Bondía J, Larosa. Notas sobre experiência e saber de experiência. Campinas, FEMEC; 2001.
2. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia 2a. ed. São Paulo: Ed. 34; 2008. v.5.
3. Barthes R. O Prazer do texto. São Paulo: Perspectiva; 2010.
4. Barros M. Memórias Inventadas: As Infâncias de Manoel de Barros. São Paulo: Planeta do Brasil; 2008.
5. Ceccim R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO; 2008. p. 276-278.
6. Vasconcellos J. A Filosofia e seus Intercessores: Deleuze e a não-filosofia. Educ Soc, Campinas. 2005; 26 (93):1217-1227.
7. Woolf V. Objetos Sólidos. São Paulo: Siciliano; 1992.
8. Ferreira ABH. Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2010.
9. Fagundes S. A integralidade e a Saúde Mental: Projeto de qualificação da atenção em saúde mental nos âmbitos do cuidado técnico e profissional. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde(BR). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- 10 Barthes R. Roland Barthes por Roland Barthes. São Paulo: Estação Liberdade; 2003.
- 11 Corazza S. Silva, T. T. Composições. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.
- 12 Pessoa F. Poemas de Alberto Caeiro. 10a.ed. Lisboa: Ática; 1993.
- 13 Boff L. A Águia e a Galinha: uma metáfora da condição humana. Petrópolis (Brasil): Vozes; 1997.
- 14 Nietzsche F. Humano, Demasiado Humano. Um livro para espíritos livres. São Paulo, Cia. das Letras; 2002.
- 15 Foucault M. A vida dos homens infames. In: Foucault M. Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.