

Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas



Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

Marco Antonio Zago

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP

Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva Volume 24 –**Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-34-0

Tiragem: 2000 exemplares

Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas

Organização: Renata Ferraz de Toledo, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Tania Mezzomo Keinert, Carlos Tato Cortizo

Edição: Márcio Derbli

Imagem da capa: Wassily Kandinsky (1923), Composição VIII, Óleo sobre tela, Museu Solomon R. Guggenheim

Tradução (prefácio): Tania Margarete Mezzomo Keinert, Ana Ágata Mezzomo Keinert (revisão técnica)

Revisão, capa e tratamento de imagens: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Projeto gráfico, editoração e impressão: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Peção

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Camila Garcia Tosetti Peção

Carlos Tato Cortizo

Luiza Sterman Heimann

Márcio Derbli

Maria Thereza Bonilha Dubugras

Silvia R. M. Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva

Biblioteca da Imprensa Oficial do Estado S.A. – IMESP

Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas / Organizadores Toledo, Renata Ferraz de [et al. ...] - São Paulo : Instituto de Saúde, 2018. 568p.

Vários autores

ISBN 978-85-88169-34-0

1. Pesquisa participativa baseada na comunidade. 2 Pesquisa-ação em saúde. 3. Saúde – Pesquisa – Metodologia I. Toledo, Renata Ferraz de II. Rosa, Tereza Etsuko da Costa III. Keinert, Tânia Mezzomo IV. Cortizo, Carlos Tato

CDD 362

Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas

**Renata Ferraz de Toledo
Tereza Etsuko da Costa Rosa
Tania Mezzomo Keinert
Carlos Tato Cortizo**
Organizadores

**Instituto de Saúde
São Paulo - 2018**

Sumário

Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas

Organização: Renata Ferraz de Toledo, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Tania Mezzomo Keinert, Carlos Tato Cortizo

Seção I – Vertentes: Reflexões para a Práxis

- 1. Princípios Ecológico-Pedagógicos da *práxis* freiriana**
Ângela Biz Antunes, Francisca Rodrigues de Oliveira Pini,
Moacir Gadotti , Paulo Roberto Padilha 37
- 2. O caráter adaptativo da pesquisa participativa: rompendo com a monocultura de saberes**
Leandro Luiz Giatti 47
- 3. Gestão Social: histórico, conceitos e uma proposta participativa**
Airton Cardoso Caçado, Jeová Torres Silva Júnior, Anne
Caroline Moura Guimarães Caçado..... 63
- 4. Laboratório de Mudança: uma metodologia formativa, participativa e sistêmica para criação e transformação de sistemas de atividade**
Amanda Aparecida Silva Macaia, Mara Alice Conti Takahashi,
Sayuri Tanaka Maeda, Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela,
Marco Antônio Pereira Querol 101
- 5. Fundamentos, motivações e dificuldades da pesquisa-ação na opinião de alguns pesquisadores**
Renata Ferraz de Toledo, Pedro Roberto Jacobi, Francisco
Nilson Paiva dos Santos 131
- 6. Pesquisa-ação Emancipatória: metodologia coerente com o materialismo histórico e dialético**
Cassia Baldini Soares, Luciana Cordeiro, Celia Maria Sivalli
Campos, Luiza Carraschi de Oliveira 153

- 7. O Dispositivo Intercessor: contribuições da filosofia da diferença**
Andreia Sanches Garcia, Abílio da Costa-Rosa167
- 8. Pesquisa participativa em saúde mental: revisão sistemática da literatura disponível no PubMed**
Ana Ágata Mezzomo Keinert, Rodrigo Almeida Paroni, Tania Margarete Mezzomo Keinert.....187
- 9. Grupo Focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde**
Luiza Hiromi Tanaka, Carmen L A de Santana203
- 10. A construção narrativa como estratégia participativa no trabalho em Saúde: aprendendo a interrogar, interrogar-se e a dialogar**
Rafael Herling Lambertucci, Cesar Mezzomo Keinert, Tania Margarete Mezzomo Keinert.....241
- 11. Saber e conhecimento: uma reflexão acerca do Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DIMpc)**
Anúncia Heloisa Bortoletto Galiego, Abílio Costa-Rosa265

Seção II – Veredas: Reflexões pela Práxis

- 12. Coprodução de Serviço de Vigilância Sanitária: a elaboração participativa de uma proposta de Certificação e Classificação de Restaurantes**
Luiza Moritz Age, Paula Chies Schommer.....293
- 13. A produção de conhecimentos em diálogo com os sujeitos afetados por conflitos ambientais: Pedagogia do Território e participação**
Fernando Antônio Fontenele Leão, Rafael Dias de Melo, Mayara Melo Rocha, Raquel Maria Rigotto.....321

- 14. *Design thinking* como ferramenta de intervenção para mudança da prática assistencial na Atenção Integral à Saúde da Criança – em foco a gestão assistencial do desenvolvimento infantil**
Caroline Carapiá Ribas Lisboa, Sonia Isoyama Venancio335
- 15. Relato de pesquisa-ação com ênfase em educação voltada à saúde única: experiências de um pesquisador ao despertar para abordagens participativas**
Arnaldo Rocha.....357
- 16. Necessidades de saúde e processo de trabalho em unidades de saúde: uma Abordagem Participativa com Instrutores de Práticas Meditativas**
Mário Sebastião Fiel Cabral, Maria Ângela Bianconcini Trindade, Tereza Etsuko da Costa Rosa.....375
- 17. Ressignificação de saberes e práticas na educação em saúde: uma experiência com Agentes de Vigilância Ambiental à Saúde em ações de controle da dengue**
Ana Lucia de Mello, Roseli Verônica de Souza, Eduardo Rodrigues Meyer411
- 18. A judicialização da saúde na perspectiva dos atores das áreas jurídica e da saúde: uma pesquisa exploratória utilizando o grupo focal**
Sarah Quintão, Marcela Furtado Calixto, Wagner Aristides Machado da Silva Pereira, Wesllay Carlos Ribeiro, Tania Margarete Mezzomo Keinert.....437
- 19. O uso de técnicas de pesquisa participativa frente à complexidade do sistema agroalimentar**
Tatiana Matuk, Renata Ferraz de Toledo.....469
- 20. Pesquisa Participante como instrumento de apropriação do processo de trabalho em saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde**
Fabiana Santos Lucena, Ana Luisa Aranha e Silva481

- 21. Grupos de Educação Popular em Saúde: pesquisa-ação com pessoas trans em situação de rua**
Eduardo Sodré de Souza, Luiza Hiromi Tanaka507
- 22. Pesquisa em sistemas de saúde: a experiência de utilização de métodos participativos para a implementação de políticas de saúde no município de Franco da Rocha, São Paulo**
Sonia Isoyama Venancio, Maritsa Carla de Bortoli, Tereza Setsuko Toma.....525
- 23. Educação em saúde e ambiental para a promoção da saúde da criança: experiência exitosa de pesquisa participativa com professores e alunos da rede pública de ensino**
Edson Vanderlei Zombini.....539
- 24. A Exposição de Fotografias "Situação de Saúde" como Estratégia de Educação e Participação em Saúde**
Nelson Francisco Brandão, Tania Margarete Mezzomo Keinert, Victória Furbringer Bayma, Carlos Tato Cortizo551

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão.”

(Guimarães Rosa, 1956, Grande Sertão Veredas)

Prefácio

Nina Wallerstein¹

É uma honra ser convidada a escrever um prefácio para a obra “Pesquisa Participativa e Saúde: Vertentes e Veredas,” publicado pelo Instituto de Saúde (IS), destacando as múltiplas experiências participativas, teorias e estratégias existentes no Brasil. Espero que os escritos aqui inspirem outros a adotar a riqueza desta abordagem de pesquisa com o objetivo de reduzir o sofrimento e melhorar a saúde em diversas comunidades e múltiplas configurações. Essa riqueza significa trabalhar com atores e grupos sociais intersetoriais como parceiros, em todos os sentidos da palavra.

Minha própria conexão com o Brasil remonta a meados dos anos 1970, quando passei um ano em São Paulo depois de terminar meu bacharelado na Universidade da Califórnia, Berkeley, com o País ainda ditadura militar. Naquela época, eu fiz amigos, conheci pessoas que tinham trabalhado com Paulo Freire (embora cuidadosamente escondendo sua conexão), brinquei carnaval e aprendi Português. Vinte anos mais tarde, conectei-me a colegas brasileiros e outros latino-americanos através da Organização Pan-Americana de Saúde sobre avaliação participativa de promoção da saúde e municípios saudáveis. Em 1997, iniciei minha conexão com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo com um convite da professora Marcia Faria Westphal para ensinar num Curso de Verão “Empoderamento e Promoção da Saúde,” compartilhando meu trabalho nos Estados Unidos inspirado em Freire. Com apoio de Maria Teresa Cerqueira na OPAS, acabei por coordenar o desenvolvimento de um curso de quarenta horas para a América Latina sobre empoderamento, participação social e promoção de saúde. Devo meu muito obrigado pelo contato ao longo dos anos com os pesquisadores do CEPEDOC com quem compartilhei aprendizado, risos e desafios; como observei no tra-

¹ Diretora do Center for Participatory Research, Professora do College of Population Health, University of New Mexico, EUA. A autora agradece a Bolsa de Pesquisa de Campo recebida do Latin American & Iberian Institute (LAI) da University of New Mexico (UNM). A Autora agradece a Bolsa de Pesquisa de Campo recebida do *Latin American & Iberian Institute* (LAI), *University of New Mexico* (UNM).

balho em Bertioiga, Capela e outros lugares maravilhosos com colegas, como Rosilda Mendes, Marco Akerman, Claudia Bogus, Francisco Comaru e Juan Fernandez. Sinto-me privilegiada porque tive a oportunidade de contribuir com meus próprios conhecimentos e criar novos entendimentos. Também aprendi com Ronice Franco, Simone Moysés, Dais Rocha, Vera Pereira Lima, Kátia Edmundo, Rogeria Nunes, Lenira Zancan, Elizabeth Kleba e outros. E nesses últimos anos, continuei a expandir minhas conexões com outros, ou seja, Leandro Giatti, Renata Ferraz Toledo, Pedro Jacobi, Carmen Santana e, inclusive, os que editaram este livro: Renata Toledo Ferraz, Tania Margarete Mezzomo Keinert, Carlos Tato Cortizo e Tereza Rosa, a ser publicado pelo Instituto de Saúde.

Recentemente, no Curso de Verão 2018 chamado “Participação Social, Empoderamento e Pesquisa Participativa” na FSPUSP, tive a oportunidade de ter como alunos pesquisadores do Instituto de Saúde (IS), dos quais veio o honroso convite para prefaciar este livro. É com alegria que elaboro o Prefácio, o qual poderá estreitar os laços do trabalho que desenvolvo com *community based participatory research* (CBPR) com pesquisadores, colaboradores, interlocutores e cidadãos de muitas redes de promoção da saúde, participação social e meio ambiente, como a Roda de Conversa de Pesquisa-Ação Participativa no Brasil, e do próprio Instituto de Saúde.

Espero que das minhas próprias oportunidades e vivências, dos nossos diálogos e conferências sobre avaliação participativa e eficácia da promoção da saúde no Brasil e internacionalmente tenha surgido em mim a capacidade de fazer observações aplicáveis ao contexto brasileiro. Estou escrevendo este prefácio como uma conversa com minha própria prática em CBPR e procurarei apresentar meus próprios entendimentos sobre as origens e definições, lições que aprendi ao longo do tempo e recomendações de princípios fundamentais para todos nós.

Minha própria experiência de trinta anos em pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR) está firmemente fundamentada em meu início na educação de adultos nos EUA com a filosofia de Paulo Freire de “ler o mundo” e seu chamado para ter fé no conhecimento das pessoas para assumir o controle sobre as condições que afetam suas vidas e suas comunidades. Meu ativismo inicial no movimento contra a guer-

ra do Vietnã, o movimento das mulheres e dos trabalhadores rurais me apoiaram no meu compromisso geral com a justiça social. Como pesquisadora, busquei manter esses valores centrais e me desafiar a aprender continuamente com os outros, aplicando as ideias de coconstrução do conhecimento com parceiros participativos. Embora eu tenha tido um pouco da melhor formação acadêmica possível, é um fato simples que o conhecimento acadêmico por si só é insuficiente para apoiar estratégias de promoção da saúde ou movimentos sociais que possam fazer uma diferença sustentável para a saúde. Minha própria pesquisa de CBPR desde os anos 1980 tem sido predominantemente focada no trabalho com tribos indígenas e comunidades latinas e hispânicas no Novo México e nos Estados Unidos. Eu aprendi ao longo dos anos que o conhecimento que vem das práticas e da cultura da comunidade é essencial, e frequentemente, é o mais importante, para direcionar a pesquisa e para usar descobertas para ações comunitárias, novas políticas públicas e mudança social.

A CBPR nos EUA cresceu a partir de múltiplas perspectivas, embora com origens de uma tradição do norte e do sul que continuam até hoje. Nos anos 1940 e 50, o psicólogo social polonês (depois naturalizado alemão e norte-americano) Kurt Lewin concebeu a pesquisa-ação como um processo cíclico de ação e reflexão. Enquanto profissional e líder de equipes, sua contribuição se concentrou em melhorias organizacionais e não em mudanças sociais mais amplas. Na década de 1970, da Ásia, África e América Latina surgiu uma pesquisa participativa mais politizada, na qual os cientistas sociais procuravam deixar os muros da academia para realizar pesquisas com comunidades e movimentos sociais para trabalhar em prol de mudanças estruturais e justiça social.

Nos Estados Unidos, com sua própria história de organização comunitário-sindical e saúde pública, a pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR) foi adotada como um termo para pesquisa colaborativa em saúde nos anos 90, com base na perspectiva da comunidade e a ênfase da tradição do sul na justiça social. Os primeiros princípios de Barbara Israel e seus colegas codificaram a importância de se extrair os pontos fortes da comunidade, ter compromissos de longo prazo e traduzir a pesquisa em ação (Israel, Eng, Schulz, Parker, Edit. *Methods in CBPR*, 2013).

A definição de 2001 da W.K.K., Kellogg Foundation reforçou ainda mais a conexão com a ação social contra as iniquidades em saúde:

“Uma abordagem participativa na investigação significa envolver de forma igualitária todos os parceiros de processo e reconhecer o valor de cada um. “A CBPR começa com uma análise de um tema de investigação importante para uma comunidade, que combina o conhecimento e a ação para uma realidade social, para melhorar a saúde e enfrentar as desigualdades na saúde.”

Nosso novo livro (Wallerstein, Duran, Oetzel; Minkler Edit., *CBPR for Health; Advancing Social and Health Equity*, 2018 (CBPR para a Saúde: Promoção da Equidade Social e da Saúde) manteve a ênfase na justiça social e nas prioridades da comunidade, mas expandiu um pouco o alcance da CBPR para incluir qualquer grupo de partes interessadas, atores que estão usando pesquisas e dados para a mudança social. A definição que propusemos é:

“Esforços de colaboração entre partes interessadas multissetoriais que se reúnem e usam pesquisas e dados para desenvolver os pontos fortes e as prioridades da comunidade e usam estratégias multiníveis para melhorar a saúde e a equidade”. (p.3)

Embora o termo CBPR tenha sido adotado mundialmente, especialmente no mundo publicitário-acadêmico eurocêntrico, outros termos também foram usados, incluindo pesquisa participativa, pesquisa-ação, investigação colaborativa, pesquisa-ação participativa, pesquisa de ação participativa juvenil (sigla em inglês: YPAR), colaborações de pesquisa da comunidade, pesquisa engajada pela comunidade, entre muitas outras. “Pesquisa de saúde participativa” foi adotada pela Colaboração Internacional de Pesquisa em Saúde Participativa (www.icphr.org) como um termo transversal para facilitar o reconhecimento internacional.

No Brasil, vários termos também têm destaque e têm origens próprias. Pesquisa-ação, por exemplo, defendida por Michel Thiollant, incorpora tanto a importância da construção social do conhecimento a partir de uma multiplicidade de atores sociais quanto o compromisso com a

mudança social. Pesquisa-intervenção oferece o mandato para intervir na saúde, com a cocriação de agência coletiva que pode produzir novas inovações e ações. Pesquisa participante em saúde adota o valor central de Freire para as pessoas como “participantes” ou “sujeitos” em suas vidas, e não como “objetos” a serem direcionados na pesquisa. O termo, agora frequentemente usado, Pesquisa-Ação Participativa, espelha a *Investigación Acción Participativa*, usada em boa parte da América Latina. E neste livro, os editores escolheram a Pesquisa Participativa para refletir o valor crítico, que atores sociais e membros da comunidade devem sempre ser considerados copesquisadores na criação de conhecimento, igual a “pesquisadores” academicamente treinados.

Para mim, embora ter um termo compartilhado possa ajudar a avançar o campo, as especificidades de um termo não são tão importantes quanto o conjunto básico de princípios e valores incorporados na prática das parcerias que usam o termo. A prática da “parceria” e a reflexão sobre essa prática é o mais importante. Significa não fazer pesquisa “sobre” uma comunidade; e não fazer pesquisa “em” um ambiente comunitário, mas, literalmente, fazer pesquisas “com” parceiros da comunidade, membros, atores sociais e grupos para facilitar o princípio mais importante de cocriação e do igual valor do conhecimento de cada parceiro.

Eu sei, para alguns, que o termo “comunidade” é problemático, visto até como outra imposição colonial dos Estados Unidos. Para outros, operar dentro de um território sociopolítico espacial, como uma favela, trabalhando coletivamente com atores e movimentos sociais permite parcerias autênticas. Nos Estados Unidos, expandimos o conceito de comunidade para ser comunidades de identidade compartilhada, isto é, membros da comunidade LGBTQ, uma comunidade de pacientes com diabetes, uma comunidade de ativistas dentro do movimento pela justiça ambiental ou até mesmo uma comunidade de profissionais, professores ou gestores. Alguns podem preferir usar o termo pesquisa-ação participativa com movimentos sociais ou atores sociais, para que os membros da comunidade, líderes, ONGs, profissionais e gestores trabalhem em conjunto com os acadêmicos. No entanto, escolho continuar a usar o termo, CBPR, por causa de sua base na saúde pública “baseada na comunidade” (usando a ideia expandida de

identidade comunitária compartilhada) e as origens do Sur Global, meridionais da “pesquisa participativa” em justiça social e equidade.

Para fornecer algum contexto a essa conversa, insisto na importância de observar e refletir sobre nossa prática real, porque muitos nos EUA também cooptaram o termo “engajamento comunitário” para ser nada mais do que contato educacional ou grupos focais para identificar necessidades de saúde ou prioridades dos membros da comunidade ou pacientes. Embora os grupos focais possam ser uma excelente ferramenta qualitativa, eles não são CBPR por si mesmos. Qualquer método qualitativo pode ser usado de cima para baixo, assim como qualquer método de pesquisa quantitativa. (Falarei mais sobre isso embaixo).

Eu quero voltar brevemente para a literatura que foi a origem para mim da perspectiva de justiça social da CBPR. Enquanto marxistas e outros acadêmicos progressistas estavam na vanguarda da pesquisa participativa na década de 1970, com base na filosofia de Paulo Freire, agora temos outros escritores indígenas e globais que estão exigindo que expandamos a lente além da opressão econômica aos múltiplos epistemicídios do imperialismo, do colonialismo e do patriarcado que subjugarão os conhecimentos em todo o mundo. Linda Tuhiwai Smith, erudita maori da Nova Zelândia em 1999, escreveu um livro seminal sobre Metodologias de Descolonização para levantar a importância da ciência e das narrativas das comunidades. O sociólogo português Boaventura de Sousa Santos, em Epistemologias do Sul, escreveu sobre a “lacuna abissal” entre os que têm direitos e conhecimentos reconhecidos e os povos subjugados cujo conhecimento foi invisibilizado ou destruído. Como Marcelo Firpo e seus colegas escreveram, a promoção da saúde emancipatória e a pesquisa participativa têm o potencial de revigorar o reconhecimento de múltiplos conhecimentos (ecologia de saberes) e a demanda de que não pode haver justiça social sem “justiça cognitiva”. ações de pesquisa que enfrentam determinantes sociais, mas mais do que isso, devemos também enfrentar determinantes ambientais e culturais, de subjugação do conhecimento e corporativos transnacionais (que foram apontados nos objetivos de desenvolvimento sustentável como as principais forças prejudiciais à saúde em todo o mundo). Sim, estas são grandes tarefas, mas como pesquisadores participativos profundamente ligados à emancipação, não temos outra escolha.

Lições aprendidas da minha prática na CBPR

Algumas lições específicas que aprendi da minha prática ao longo dos anos, mesmo reconhecendo que os contextos dos EUA e do Brasil são muito diferentes, espero que algumas das minhas lições possam inspirar e ajudar no desenvolvimento de um pensamento próprio aqui no Brasil.

1) A primeira lição é ser quem eu sou e não tentar ser outra pessoa. Isso significa, mais diretamente, reconhecer minha posição e o poder ou privilégios que tive, para poder trabalhar respeitosamente com comunidades diferentes das minhas. No meu caso, venho de uma família de classe média privilegiada, filha de imigrantes judeus da Rússia e da Alemanha, famílias que fugiram do antissemitismo do final do século XIX e início do século XX, chegando a Nova York com poucos recursos. Eles me transmitiram compromissos profundos com educação, trabalho árduo e justiça social e me forneceram recursos e apoio para obter educação superior. Tive que ser reflexiva do meu privilégio de “capital econômico e intelectual” e “elite branca” e aprendi a pensar continuamente em como usar minhas habilidades e conhecimentos acadêmicos para beneficiar as comunidades. Ao mesmo tempo, preciso reconhecer que sou uma pessoa de fora (especialmente em meu trabalho de longo prazo com comunidades tribais indígenas) e minha melhor abordagem é me considerar uma aprendiz vitalícia.

Essa é a definição de “humildade cultural” nos Estados Unidos, na qual as pessoas se dedicam à autorreflexão sobre nossos próprios preconceitos, poder e privilégios; estão abertas à aprendizagem ao longo da vida; a trabalhar para corrigir os desequilíbrios de poder; e respeitar os conhecimentos que as comunidades têm (<https://www.youtube.com/watch?v=SaSHLbS1V4w>). Isso significa saber que o conhecimento cultural ou baseado na prática dentro das comunidades indígenas com as quais trabalho é de fundamental importância para informar nossa pesquisa e promoção de cocriação de saúde (mesmo que eu nunca tenha acesso a grande parte de sua cultura). De fato, esse conhecimento da comunidade pode ser ainda mais importante do que o conhecimento que tenho na ciência da prevenção, se os programas que criarmos forem bem-sucedidos

e sustentáveis para reduzir as iniquidades em saúde. Como também atuo com intervenção, a humildade cultural também significa para mim não ter medo de agir, unir forças como um aliado com pessoas de diferentes raças/etnias, orientações sexuais ou outras identidades; e buscar uma base comum em nossos valores e militância para a emancipação. Significa também saber quando me afastar para que os líderes da comunidade; ou, no meu caso, trabalhando com tribos, acadêmicos e líderes indígenas (que potencialmente têm um conhecimento mais profundo) podem assumir a liderança na pesquisa e na aplicação dos resultados.

2) A lição dois é reconhecer a importância dos valores e princípios fundamentais. Nos Estados Unidos, há princípios bem reconhecidos na pesquisa participativa baseada na comunidade, primeiramente articulados em 1998 e continuando até hoje (Israel et al., *Methods in CBPR*, 2013), que incluem a construção de pontos fortes da comunidade, tornando a longo prazo compromissos, traduzindo as descobertas da pesquisa em ação e abordando questões subjacentes de opressões racistas, de classe e de gênero (também encontradas em Minkler et al, 2012, <http://www.policylink.org/sites/default/files/CBPR.pdf>). A melhor prática recomendada é que cada nova parceria desenvolva juntos seu próprio conjunto de princípios orientadores e formas de operação que honrem a contribuição de todos. Estes podem ser tão simples como ouvir um ao outro em reuniões sem interromper os acordos mais formais sobre como as decisões serão tomadas entre os atores sociais acadêmicos e comunitários. Esses acordos podem ser revisados anualmente, ou conforme a necessidade, conforme a colaboração contínua.

3) A lição três é entender a importância dos relacionamentos e compromissos. Todas as parcerias são baseadas em pessoas que desenvolvem relacionamentos de confiança, para que as pessoas possam contar umas com as outras para realizar e fazer o que for necessário para continuar o trabalho em conjunto. Isso pode começar com a simples noção de parceiros acadêmicos comparecendo regularmente em comunidades, especialmente em áreas vulneráveis da periferia e não esperando que os atores sociais da comunidade venham para a universidade. Confiança significa que quando as pessoas cometem erros ou têm conflitos, elas sabem que

a parceria continuará e as pessoas aprenderão com seus erros. Em minha própria pesquisa, identificamos práticas melhores ou promissoras, que incluem, nos relacionamentos: ouvir bem, dialogar, administrar conflitos e construir confiança. Compromissos de longo prazo ajudam na construção da confiança, mesmo quando o financiamento específico do projeto termina. No meu caso, tenho trabalhado com várias tribos indígenas no Novo México desde a década de 1990; e obtive financiamento de pesquisa dos Centros de Controle de Doenças e Institutos Nacionais de Saúde, compartilhando recursos através de subcontratos com parceiros tribais. Houve muitos períodos, no entanto, que não tivemos financiamento, mas nossos relacionamentos continuaram. Isso nos permitiu decidir nos unir quando vemos novas oportunidades para buscar projetos.

4) A lição quatro é estar absolutamente claro o que significa “participação em pesquisa”. Por vezes, considera-se que a pesquisa participativa é a mesma que grupos focais, entrevistas ou “oficinas”, onde os membros da comunidade fornecem informações sobre suas preocupações, necessidades e prioridades. Eu quero ser mais clara sobre isso. Um grupo focal ou oficina não faz, por si só, um projeto de pesquisa participativa. E ter membros da comunidade ou atores sociais identificando as prioridades da comunidade, igualmente, não caracteriza um projeto de pesquisa participativa. Para mim, um projeto de pesquisa participativa requer um compromisso central com a participação em todas as etapas da pesquisa: da identificação do problema, através da cocriação do estudo, instrumentos de codesenvolvimento, coleta de dados, coanálise e cooperação, e, finalmente, através da divulgação de resultados, para que os membros da comunidade ou atores sociais possam usar os dados para criar novos programas, práticas ou influenciar políticas públicas.

Embora não haja uma maneira de fazer isso acontecer, a dimensão central da CBPR ou pesquisa-ação participativa não é o tipo de método usado (como você também pode usar métodos quantitativos na CBPR), mas mudar a relação entre pesquisadores e pesquisados para que as pessoas se tornem parceiros colaborativos em pesquisa. Isso significa pensar em líderes comunitários, atores sociais e grupos como copesquisadores; copesquisadores que “são donos” da pesquisa tanto quanto os acadêmi-

cos. Isso não precisa ser um grande grupo de pessoas, mas pelo menos um grupo central, um “núcleo”, dentro do cenário onde a pesquisa ocorrerá. Em nossa pesquisa, identificamos várias práticas promissoras que mostram estruturalmente “evidências” dessa copropriedade:

- A) Prática 1:** Os membros da comunidade formam um comitê ou “núcleo” que se reúne regularmente com a equipe acadêmica e participa das decisões sobre a pesquisa. Você pode começar inclusive criando um grupo de “whats-app,” conjunto de líderes comunitários com a equipe acadêmica, e o diálogo pode fluir igualmente entre todos. Em minha pesquisa, nossos parceiros tribais inicialmente formaram comitês consultivos para trabalhar com a equipe da Universidade do Novo México, mas agora eles se chamam “Equipes de Pesquisa Tribal” para mostrar que são copesquisadores conosco. Um comitê “comunitário” pode não ter conjuntos de habilidades de análise qualitativa ou quantitativa, que os acadêmicos terão, mas eles terão as habilidades e conhecimentos essenciais necessários para interpretar os dados, entender seu significado e criar planos de ação.

- B) Prática 2:** Se houver fundos disponíveis, divida esses fundos com os membros da comunidade, por exemplo, usando fundos para contratar membros da comunidade como entrevistadores ou como recrutadores de famílias para serem entrevistadas. Este poderia ser, por exemplo, um ativista morador de rua que está no “núcleo” e que poderia facilmente identificar pessoas da população de moradores de rua para serem entrevistadas.

- C) Prática 3:** A questão de quem interpreta e escreve os resultados é fundamental. É claro que o papel dos professores universitários é produzir publicações acadêmicas, e os gestores/agentes comunitários ou membros da comunidade não têm tempo para escrever – com seus empregos em tempo integral – nem para executar programas e atender ao público.

No entanto, cada vez mais, na prática da CBPR nos Estados Unidos há membros da comunidade e atores sociais cointerpretando e coescrevendo. Isso pode significar que os acadêmicos fornecem a primeira análise dos dados de forma fácil de digerir, para que o comitê comunitário (“núcleo”) possa interpretar e decidir o significado e a importância dos dados para seu próprio uso. Em seguida, os acadêmicos podem fazer a redação inicial com base nessa cointerpretação e fornecer oportunidades específicas para que os membros da comunidade ou os atores sociais possam contribuir. Além de colaborar com acadêmicos em suas publicações, os membros da comunidade valorizam outras formas de disseminar os dados, ou seja, vídeos, *podcasts*, galerias de fotos, boletins da comunidade, oficinas, infográficos ou mídias sociais, que podem fornecer maneiras de disseminar dados pra uma comunidade maior. A **chave é devolver os dados à comunidade**; e mesmo que seja um projeto de estudantes, os dados ainda podem ser retornados.

5) A lição cinco é valorizar a sustentabilidade e a capacitação nas comunidades, dado que os pesquisadores, e especialmente os estudantes de equipes de pesquisa, nem sempre podem fazer compromissos de longo prazo com as comunidades, torna-se essencial, desde o início, considerar como desenvolver habilidades de parceiros sociais em pesquisa e sustentabilidade de programas. No meu caso, isso significou um compromisso com várias práticas de parceria:

- A) **Prática 1:** Retornar dados (como mencionado acima), através de um relatório de “vozes” da comunidade, uma apresentação de *PowerPoint*, infográficos ou criando um boletim informativo da comunidade, para que os líderes possam ter os dados, mesmo que a pesquisa não continue no futuro;
- B) **Prática 2:** envolver grupos consultivos comunitários o “núcleo” em habilidades de pesquisa, para que saibam desenvolver questões de pesquisa, entender ética de pesquisa e

confidencialidade de dados e conduzir sua própria coleta de dados, como entrevistas ou mapeamento dos determinantes;

C) Prática 3: Fornecer treinamento tanto aos nossos grupos consultivos da comunidade (nossas equipes tribais de pesquisa) quanto aos membros mais amplos da comunidade, com tópicos que algumas vezes vieram do lado acadêmico, como prevenção ou desigualdades em saúde; ou tópicos desejados pela comunidade, ou seja, criação de histórias digitais e sustentabilidade.

6) A lição seis é identificar práticas promissoras e melhores práticas. Ao longo das muitas décadas em que estive envolvida com a CBPR, comecei a perceber que nós, como campo, poderíamos estabelecer uma ciência para nossa abordagem participativa. Eu sei que a CBPR não é apenas uma ciência, mas também uma arte e um movimento político. Ainda assim, parecia importante explorar a ideia de que nem todas as práticas de participação são as mesmas, nem todas são eficazes como a criação de abordagens em parceria, na qual os atores sociais e comunitários são copesquisadores com acadêmicos. Há dez anos, iniciei uma investigação nos Estados Unidos, com parceiros nacionais, financiados em diferentes estágios pelos Institutos Nacionais de Saúde para codesenvolver uma ciência das melhores e promissoras práticas participativas de parceria que contribuem para bons resultados. Senti que precisávamos criar estratégias para “provar” que a participação é importante para melhorar a saúde e a equidade social, a fim de continuar com o apoio do NIH (*National Institute of Health*) e obter mais apoio da pesquisa tradicional em ciências biomédicas e sociais. Em 2006, meu Centro de Pesquisa Participativa da Universidade do Novo México (UNM) recebeu 3 anos de financiamento exploratório para identificar os principais componentes da CBPR. Após uma extensa pesquisa bibliográfica e com a contribuição de pesquisadores acadêmicos especialistas e comunitários em todo o país, foi criado um modelo conceitual da CBPR, com quatro domínios. (Veja <https://cpr.unm.edu/research-projects/cbpr-project/cbpr-model.html>, bem como a lista de publicações).

O domínio do contexto elucidada a importância de entender em que território, comunidade ou cenário você está fazendo a pesquisa, ou seja, quais são as condições socioeconômicas, históricas e políticas locais e nacionais, ou histórico específico de confiança ou desconfiança com os parceiros acadêmicos. O domínio dos processos de parceria incorpora tanto o desenvolvimento de boas relações quanto de estruturas, como acordos formais entre instituições (com algumas práticas promissoras discutidas acima). Se você está se associando bem, então muda o domínio de pesquisa e intervenções, porque os atores sociais estarão tomando decisões nas próximas etapas. Finalmente, a pesquisa ou os novos programas iniciados na pesquisa mudarão os resultados, não apenas como sendo o projeto específico atingido, mas também refletirão novas capacidades e empoderamento de parceiros, políticas potencialmente novas baseadas nos dados e, em última instância, mudanças na comunidade; ou no futuro, condições sociais e de saúde.

Em 2009, a UNM uniu-se à Universidade de Washington e ao Centro de Pesquisa de Políticas do Conselho Nacional de Índios Americanos com financiamento do NIH, para identificar medidas quantitativas e qualitativas para testar o modelo CBPR. A coleta de dados envolveu mais de 200 pesquisas na internet de diversos projetos de pesquisa financiados pelo governo federal e sete estudos detalhados. Analisamos mais de 20 práticas promissoras que fazem a diferença em termos de uma ampla gama de resultados de sistema e capacidade, bem como de comunidades transformadas. Eu mencionei muitos deles acima em minhas lições aprendidas.

Atualmente, estamos envolvidos na terceira etapa de nossa pesquisa com financiamento do NIH “Envolvimento para a Equidade: Promoção da CBPR (2015-2020)”, para refinar nossas medidas de práticas de parceria (qualitativas e quantitativas). Pesquisamos 179 novas parcerias com as novas medidas; e desenvolvemos ferramentas coletivas de avaliação de reflexões e parcerias para fortalecer o trabalho de pesquisa colaborativa. Veja <https://engageforequity.org/>. Os instrumentos e ferramentas serão disponibilizados em breve em português.

Nosso novo livro, *CBPR para Saúde: Avançando em Equidade Social e de Saúde*, terceira edição, 2018, fornecemos as mais recentes pesquisas e práticas no campo, principalmente nos EUA, embora existam vários capí-

tulos com contextos internacionais, incluindo um que descreve o trabalho do CEDAPS no Rio de Janeiro (<http://cedaps.org.br/>) com o mapeamento dos determinantes sociais que afetam a juventude nas favelas para chamar a atenção dos formuladores de políticas. O livro segue os domínios do modelo CBPR, com seções sobre contexto, práticas de parceria, envolvimento da comunidade em intervenções e desenho de pesquisa e a ampla gama de resultados, incluindo uma ênfase na mudança de poder e políticas.

7) A lição sete é continuar a ser um ativista-estudioso. A CBPR exige o compromisso de ser um acadêmico/cientista e um ativista. No meu trabalho, descobri que posso ser mais rigorosa como acadêmica, trabalhando com parceiros da comunidade. Suas percepções e conhecimentos informam prioridades e desenhos de pesquisa, projetos e intervenções. Às vezes, temos que negociar, por exemplo, quando insisto em uma abordagem comparativa para testar a eficácia de uma intervenção. Mas também preciso ouvir o que funcionará em uma determinada comunidade, inclusive que os projetos de comparação nem sempre são necessários. Sem essa negociação, não teríamos a capacidade de aprender uns com os outros e avançar nosso conhecimento sobre o que funciona para melhorar a saúde. A CBPR também nos permite, como acadêmicos / pesquisadores, ser ativistas, não “fazer pelos outros” ou “empoderar” os outros, mas unir-se aos outros para apoiar ações comunitárias, defesa política e movimentos sociais. As informações produzidas pela pesquisa podem contribuir para o ativismo por exigir mudanças nas práticas, programas e políticas. Estudiosos indígenas acrescentam a importância de usar sua ciência para entender melhor nossa relação com o mundo natural, para que possamos cuidar melhor e sustentar todas as coisas vivas. Como ativistas-estudiosos, podemos ser fiéis ao nosso objetivo básico de usar quaisquer ferramentas e capacidades que cada um de nós tenha e trabalhar com os outros, a fim de reduzir o sofrimento e criar oportunidades para vidas mais saudáveis.

Pensamentos finais: Em meu recente curso de 2018, antes mencionado, tivemos um diálogo maravilhoso sobre as diferenças de terminologia, princípios e estratégias para essa abordagem geral da CBPR no Brasil. Enquanto estou bastante à vontade com o termo Pesquisa Ação Participativa (PAP), semelhante ao que é usado em toda a América Latina, discu-

timos as próximas palavras. Deve ser pesquisa com movimentos sociais, com comunidades ou com grupos sociais? Alguns apoiaram fortemente o uso de “comunidade” e eram aqueles que trabalhavam em territórios vulneráveis definidos ou com prioridade dentro de uma comunidade compartilhada identificada, como problemas de saúde mental de estudantes universitários. Outros achavam que os “atores sociais” lhes davam a abertura para trabalhar com diferentes grupos, como os gestores, e sentiam que “comunidade” era apenas para territórios urbanos ou rurais.

Enquanto minha preferência pode ser “Pesquisa Ação Participativa com Comunidades” (para homenagear as contribuições únicas no Brasil relacionadas à pesquisa-ação além de participativa), e para manter o uso da comunidade, também me sinto confortável com atores ou grupos sociais. Eu realmente acredito que as palavras importam menos do que o significado e a prática por trás das palavras. Alguns podem usar as mesmas palavras e dizer coisas diferentes, ou usar palavras diferentes e dizer as mesmas coisas. Eu afirmei a importância nos EUA de ter o conjunto de princípios agora clássico que Israel e colegas (Israel, Schultz, Parker, Becker, Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annual Review Public Health, 1998) estabeleceram no início do campo e faço a mesma sugestão para os pesquisadores brasileiros que desejam utilizar abordagens participativas.

Em nosso curso de verão, resumimos um conjunto de princípios importantes para o grupo:

- 1) Abraçar a pesquisa “com” atores sociais, grupos sociais, membros da comunidade e líderes como copesquisadores;
- 2) Mudar a perspectiva: de pessoas como objetos de pesquisa, para ser participantes ou sujeitos em sua própria história;
- 3) Valorizar a “parceria” e o trabalho coletivo na estrutura e ao longo do processo de pesquisa;
- 4) Desenvolver princípios compartilhados como uma prática melhor central;
- 5) Apoiar a autorreflexão individual e coletiva de nossas práticas;
- 6) Propiciar a convergência de boas práticas;

7) Compartilhamento de poder e empoderamento, tanto como processos quanto como resultados;

Pode haver outros princípios a considerar, como a importância de honrar os conhecimentos das comunidades vulneráveis que foram excluídas, discriminadas e estigmatizadas como parte da luta pela justiça social e pela equidade em saúde. Certamente, eu não gostaria de perder a compreensão central no Brasil da contribuição da educação popular emancipadora de Paulo Freire e o papel da participação social e dos movimentos sociais para a mudança social democrática.

Neste período mundial de ascensão de novos níveis de racismo, facismo e medo, precisamos recuperar nossa humanidade e nossa crença e espírito de luta para que possamos fazer a diferença. A CBPR ou a pesquisa-ação participativa faz parte dessa busca, e aqueles de nós que ensinam alunos fazem parte dessa luta. Nos Estados Unidos, estou apoiando os jovens adolescentes de Parkland Flórida, que perderam 17 de seus próprios colegas em 14 de fevereiro de 2018, devido a um atirador em massa. Esses jovens estudantes estão se levantando para exigir que os cidadãos votem contra o poder da *National Rifle Association*, que combateu todas as leis de controle de armas baseadas em evidências nas últimas décadas. Os jovens não querem mais armas (<https://edition.cnn.com/videos/us/2018/02/17/parkland-florida-student-emma-gonzalez-anti-gun-rally-fort-lauderdale-full.cnn>). No Brasil, eu estou em contato com os movimentos sociais que estão exigindo dignidade humana básica e direitos à moradia, emprego, educação, assistência infantil, alimentação. A CBPR, ou pesquisa-ação participativa, tem o poder de fazer parte dessas lutas básicas pela humanidade neste mundo.

Dedico este prefácio a Marielle Franco, alguém que conheci somente após a tragédia de seu assassinato no Rio de Janeiro, 14 de março de 2018, mas cuja existência e espírito de vida encarnam para sempre o propósito de nosso trabalho.

Nina Wallerstein, Dr.P.H.
Professor, Public Health
College of Population Health
University of New Mexico
1º de maio de 2018.

Introdução

Renata Ferraz de Toledo
Tereza Etsuko da Costa Rosa
Tania Margarete Mezzomo Keinert
Carlos Tato Cortizo

“Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarrecer de todo a gente. Aquilo que não havia, acontecia.”

João Guimarães Rosa

A terceira margem do rio, Primeiras estórias

A Saúde Coletiva, atualmente, transcendendo os paradigmas biológicos, se caracteriza pela pluralidade de temas de investigação para compreender o processo saúde-doença, principalmente, em suas dimensões social e ambiental. Nesse contexto, as rupturas epistemológicas e intensas transformações do saber que constituíram a Saúde Coletiva tiveram que ser acompanhadas por pesquisas científicas embasadas em novas estratégias metodológicas.

O Instituto de Saúde, responsável editorial por esta obra, por sua vez, tem como missão produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Quarenta anos após a publicação da Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em 1978, a “*Saúde para todos*” continua sendo uma importante meta em diversas partes do mundo. Sabendo disso, a Organização Mundial da Saúde lançou como tema comemorativo ao Dia Mundial da Saúde de 2018 o lema “*Saúde universal: para todos, em todos os lugares*”, e reconhece que o alcance desta meta depende do envolvimento não apenas de tomadores

de decisão, mas também de profissionais de diversas áreas, especialmente da saúde, indivíduos, comunidades e grupos sociais, para combater os fatores que operam na geração de iniquidades em saúde.

Nesse contexto, mais do que o envolvimento de diferentes setores da sociedade, entendemos a importância de maior integração entre eles, por meio de um diálogo mais aberto e simétrico entre os diversos atores sociais que os constituem, para melhor compreensão destes fatores e busca pelo equacionamento de problemas determinados e condicionados por aspectos cada vez mais complexos sociais, ambientais, políticos, econômicos, culturais, tecnológicos, éticos, entre outros. Adicionam-se a esta complexidade as incertezas técnicas e científicas e seus limites temporais e espaciais transescalares,

As pesquisas participativas, por sua vez, consideradas em suas múltiplas dimensões, metodologias e instrumentos, têm-se mostrado potentes na apreensão dessa realidade complexa, compreendida como de natureza múltipla e subjetiva, e na busca de soluções compartilhadas entre os diversos atores envolvidos. Em outras palavras, as pesquisas participativas têm-se consolidado por sua capacidade de identificar os contextos em que os fenômenos ocorrem, os processos a eles subjacentes e de intervir quando estes se apresentam desfavoráveis à manutenção da qualidade de vida. As pesquisas participativas, portanto, podem ter grande impacto político-social e enorme potencial inovador no campo da saúde coletiva.

Assim, é objetivo da publicação “**Pesquisas participativas em saúde: vertentes e veredas**”, a partir da apresentação de uma diversidade de trabalhos com essa abordagem, propiciar uma reflexão sobre as suas possibilidades como *práxis* investigativa e de produção de conhecimento; lançar o debate sobre a sua inclinação para a transformação participativa num contexto em que sujeitos e pesquisadores interagem na produção de novos conhecimentos, bem como sobre o seu caráter formativo-emancipatório.

Salientando de antemão que não temos respostas consensuais sobre os questionamentos que esta obra se propõe a refletir, gostaríamos de abrir um parêntese para lançarmos algumas pistas para auxiliar os leitores no exercício dessa reflexão.

No âmbito das ciências da natureza, temos os pesquisadores, em diferentes lugares da produção do conhecimento e, no limite, o mundo

natural, os objetos de pesquisa. Nesse contexto, considerando-se a norma de cientificidade construída, a separação entre sujeito e objeto é fundamental. Como o que se persegue é a reprodutibilidade dos experimentos científicos, a suspensão da subjetividade do cientista é que vai lhe garantir objetividade e neutralidade do seu fazer da ciência.

Sendo o contexto das ciências sociais e humanas as próprias realidades humanas, podemos dizer, lembrando Cecília Minayo^I a propósito das reflexões sobre a cientificidade da pesquisa social, que sujeito e objeto são de mesma natureza. Então, como observar um objeto em que o observador é parte integrante do objeto observado? Ou seja, como proceder com objetividade e neutralidade em um campo onde só há sujeitos?

Reproduzimos a seguir, por sua expressividade, pequeno trecho do livro “Um discurso sobre as ciências”, de Boaventura de Souza Santos^{II}, em que o autor, referindo-se a Ernest Nagel, expõe os obstáculos das ciências sociais no seu percurso em compatibilizar-se com os critérios de cientificidade das ciências naturais:

“...as ciências sociais não podem estabelecer leis universais porque os fenómenos sociais são historicamente condicionados e culturalmente determinados; as ciências sociais não podem produzir previsões fiáveis porque os seres humanos modificam o seu comportamento em função dos conhecimentos que sobre ele se adquire; os fenómenos sociais são de natureza subjectiva e como tal não se deixam captar pela objetividade do comportamento; as ciências sociais não são objectivas porque o cientista social não pode libertar-se, no acto de observação, dos valores que informam a sua prática em geral e, portanto, também a sua prática de cientista.

No âmbito das pesquisas participativas, que pressupõem a integração dialética entre o sujeito e sua existência, tendemos a concordar com Cecília Minayo e Boaventura de Souza Santos, com respeito às ciências sociais e humanas, sobre a incompatibilidade das pesquisas participativas em se sustentarem na epistemologia positivista. Levando em consideração essa incompatibilidade, pode-se dizer que os pesquisadores que

I Minayo MCS (org.). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 17ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

II Santos BS. Um discurso sobre as ciências. Porto: Edições Afrontamento, 11a. Edição, 1999.

enveredam pelos caminhos das pesquisas participativas precisam trilhar um estreito e pantanoso caminho ladeado pelo rigor científico, tendo em seu alforje, nas palavras daquela autora, “instrumentos e teorias que sejam capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória.” (p. 15)

Outra pista, que a nosso ver é relevante para a reflexão proposta nesta obra, diz respeito à dicotomia teoria e prática. A divisão teoria/prática tem sido interpretada como um fenômeno decorrente da cisão entre sujeito e objeto e, nesse caso, considera-se como dada a aproximação teoria prática no processo de junção sujeito objeto. No entanto, é preciso compreender a separação teoria e prática numa perspectiva em que ela é lógica e historicamente anterior à dicotomia sujeito objeto.

Então, lancemos mão de alguns pressupostos marxistas para a compreensão da organização do trabalho no modo de produção capitalista, que nos parece diretamente relacionada com a divisão teoria e prática. O postulado relativo a explicações sobre a organização do trabalho diz respeito ao trabalho como ato de transformação da natureza pelo homem para a satisfação de suas necessidades básicas. Nesse sentido, o primeiro fato histórico foi a produção dos meios que permitiram ao homem satisfazer necessidades básicas, como beber, comer, morar, vestir-se (a produção das condições da própria vida material). Desde então, houve um processo de aumento e complexificação das necessidades e da produtividade, *pari passu* ao crescimento populacional, ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da consciência gregária ou tribal, ou seja, da consciência de que se vive em sociedade. Esse processo tem como consequência, por um lado, o desenvolvimento de ramos cada vez mais específicos e especializados da ciência e, por outro o desenvolvimento de formas mais elaboradas de divisão do trabalho, chegando-se à cisão entre o trabalho intelectual e o manual e, conseqüentemente, à fragmentação entre o pensamento e a ação. Essas condições levaram os homens a estabelecerem determinado tipo de relação com a realidade, com os atos e com os obje-

tos; e a agirem como se desconsiderassem a teoria, embora isso não significasse viver no mundo sem teorizar sobre ele^{III}.

Assim, no âmbito das pesquisas participativas, na discussão da divisão entre teoria e prática, apesar dos esforços em articular teoria e prática e aproximar sujeito e objeto, lançamos um questionamento: até que ponto não estaríamos reproduzindo a divisão do trabalho intelectual e manual, onde ao pesquisador cabe a teoria ou o conhecimento e aos atores sociais cabe a prática desvinculada do saber que lhe é inerente?

Do ponto de vista de Marx, distingue-se claramente o **saber** (Materialismo Histórico) e o **conhecimento** (Materialismo Dialético). Podemos dizer que existe uma sobreposição e ambiguidade entre o saber e o conhecimento, de tal forma que o conhecimento parece ter ocupado o lugar do saber, deixando de se reconhecer que todo conhecimento é depuração do saber, da experiência (*práxis*) onde vivem e trabalham os sujeitos da *práxis*. Relatamos um exemplo ilustrativo desse processo: casas e arquitetos, quem inventou quem? Foram os arquitetos os inventores das casas ou foi a construção das casas (saber) que inventou os arquitetos (conhecimento)?

Ousamos lançar mais esta pista para reflexão e, quiçá, para avançar na análise e compreensão da *práxis* (saber/conhecimento/ação).

Além dessas pistas, que dizem respeito a reflexões pertinentes no âmbito das pesquisas participativas, gostaríamos de ampliar as ponderações, parafraseando Boaventura de Souza Santos, no início de sua obra supracitada, que alertava sobre a complexidade dos nossos tempos, um período de transição paradigmática. Diz o autor que em tempos difíceis é preciso ter a capacidade de fazer perguntas simples e refere-se a Jean-Jacques Rousseau que fez algumas perguntas simples sobre as ciências e os cientistas. Reproduzimos aqui as perguntas, recolocando-as em nosso contexto:

Há alguma relação entre a ciência e a virtude? Há alguma razão de peso para substituírmos o conhecimento vulgar que temos da natureza e da vida e que partilhamos com os homens

III Peternella A, Galuch MTB. Reflexões sobre a relação teoria e prática na formação do pedagogo com base nos pressupostos marxianos. VII Colóquio Internacional Marx e Engels,

e mulheres da nossa sociedade pelo conhecimento científico produzido por poucos e inacessível à maioria? Contribuirá a ciência para diminuir o fosso crescente na nossa sociedade entre o que se é e o que se aparenta ser, o saber dizer e o saber fazer, entre a teoria e a prática?

No século XVIII, Rousseau respondeu, simplesmente, “Não” para todas elas.

O que responderíamos hoje?


Nesse sentido, a presente obra procurou contemplar duas dimensões: reflexões teórico-metodológicas; e experiências e pesquisas, as quais, embora estejam organizadas em duas partes no livro, se conectam por princípios, como da dialogicidade, da pluridisciplinaridade, reflexão crítica e da própria *práxis* – enquanto fundamentação teórico-conceitual e, ao mesmo tempo, “fio condutor” das pesquisas, abordagens e instrumentos metodológicos aqui relatados. Dessa forma, os capítulos estão assim organizados: Parte I: Vertentes: reflexões para a *práxis*; e Parte II: Veredas: reflexões pela *práxis*. Por se tratar de um livro, as metodologias, técnicas e instrumentos de pesquisas participativas em saúde terão lugar privilegiado, em especial, os processos participativos de produção do conhecimento por elas propiciados.

Além de contar com o prefácio da pesquisadora *Nina Wallerstein*, da Universidade do Novo México (EUA) e diretora do *Center for Participatory Research*, e com a apresentação de Marco Akerman, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e de *Michel Thiollent*, da Universidade do Grande Rio, RJ – UNIGRANRIO, uma das principais referências em pesquisa-ação no Brasil, o livro reúne outros renomados pesquisadores de diversas regiões e instituições (públicas e privadas) do País, como: do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – IS-SES/SP; do Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU (Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental); da Universidade de São Paulo – USP (Faculdade de Saúde Pública – FSP, Faculdade de Medicina – FM, Faculdade de Educação – FE, Escola de Enfermagem – EE, Instituto de Energia e Ambiente – IEE, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia – FMVZ); da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (Escola Paulista de Medicina – EPM e Escola Paulista de Enfermagem –

EPE); do Instituto Paulo Freire – IP; da Universidade Federal de Alfenas, MG – UNIFAL; da Universidade Estadual Paulista – UNESP (Campus Assis, SP); da Faculdade de Medicina Santa Marcelina, SP; da Universidade Federal do Ceará – UFC; da Universidade Paulista – UNIP; da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (Faculdade de Ciências Médicas); da Universidade Federal de Sergipe – UFS; do Hospital Albert Einstein; da Secretaria Municipal da Educação de Cubatão, SP – SEDUC; da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; da Universidade Federal do Tocantins – UFT; e da Universidade Federal do Cariri – UFCA.

Na expectativa de alcançar os objetivos pretendidos por esta obra são propostas pelos autores reflexões teóricas e metodológicas sobre a *práxis* freiriana, pesquisa-ação (aspectos epistemológicos, modalidades, princípios, práticas e desafios), *community based participatory reserarch* – CBPR, laboratório de mudanças – LM, entre outras abordagens com forte potencial de romper com a “monocultura de saberes”. Diversos instrumentos participativos de diagnóstico e intervenção são também descritos, como o grupo focal, *design thinking*, *photovoice*, construções narrativas, mapas falantes, entre outros, os quais foram utilizados para melhor compreender e intervir frente a diversos temas relacionados à saúde, como: a vigilância sanitária e ambiental; atenção psicossocial e saúde mental; saúde da criança; serviços e sistemas de saúde; educação ambiental e em saúde; sistemas agroalimentares; qualidade nutricional; dengue; gênero; conflitos socioambientais; saúde única; judicialização da saúde; educação popular em saúde, entre outros.

Assim, espera-se com este livro contribuir para o aprimoramento de pesquisas participativas na área da saúde, ampliando o repertório de abordagens e instrumentos reconhecidos por seu forte potencial de mobilização social e produção colaborativa de saberes, e ainda, fomentar a qualificação de pesquisas dessa natureza – que se faz indispensável para fortalecer o seu reconhecimento junto a instituições de ensino e pesquisa e demais setores da sociedade.



Seção I
Vertentes: Reflexões
para a Práxis

Princípios Ecopolítico-Pedagógicos da *práxis* freiriana

Ângela Biz Antunes^I
Francisca Rodrigues de Oliveira Pini^{II}
Moacir Gadotti^{III}
Paulo Roberto Padilha^{IV}

Para Paulo Freire, a educação é um ato político. Jamais é neutra, porque, necessariamente, contém uma intencionalidade. A educação pressupõe escolhas; estejamos, ou não, conscientes delas.

Tanto nas práticas internas do Instituto Paulo Freire, nos seus 27 anos de existência, como em todo projeto por nós desenvolvido em parceria com outras instituições, trabalhamos a partir dos princípios ecopolítico-pedagógicos da *práxis freiriana*. *Práxis*, aqui entendida como ação transformadora, ou seja, com união dialética entre teoria e prática. E também como reinvenção e fortalecimento do próprio legado freiriano, que a cada momento procurarmos atualizar, como ensina o próprio Freire.

Como toda instituição, deparamo-nos cotidianamente com a necessidade de tomar decisões, que nos exigem definir conteúdos, metodologia, forma de avaliar, forma de nos relacionar com os nossos parceiros, colaboradores e com nossas equipes de trabalho etc. Dependendo das decisões, ou seja, das escolhas que fazemos, a educação que vamos realizar ao longo do tempo, pode contribuir para silenciar, para “naturalizar”

-
- I Ângela Biz Antunes (angela.bizantunes@paulofreire.org) Pedagoga, Licenciada em Letras, Mestre e Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da USP. Diretora do Instituto Paulo Freire
- II Francisca Rodrigues de Oliveira Pini (fran.pini@paulofreire.org) Assistente Social, Mestre e Doutora em Políticas e Movimentos Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de SP. Diretora do Instituto Paulo Freire.
- III Moacir Gadotti (moacir.gadotti@paulofreire.org) Professor Titular aposentado da Faculdade de Educação da USP, Licenciado em Pedagogia e Filosofia. Livre docente pela Unicamp, SP, Doutor em Ciências da Educação pela Universidade de Genebra e Mestre em educação pela PUC-SP. Diretor do Instituto Paulo Freire.
- IV Paulo Roberto Padilha (paulo.padilha@paulofreire.org) Licenciado em Pedagogia, Bacharel em Ciências Contábeis e Músico. Mestre e Doutor em Educação pela Faculdade de Educação da USP. Diretor do Instituto Paulo Freire.

a opressão, para formar sujeitos passivos, submissos, resignados diante das adversidades ou, ao contrário, pode contribuir para formar pessoas críticas, propositivas, criativas, participativas, capazes de interpretar o mundo e seu “estar sendo” nesse mundo. Pessoas que assumem seu papel de sujeitos ativos na história. Cidadãs e cidadãos que leem, compreendem e reescrevem o mundo.

Para Freire, educar é promover a capacidade de ler a realidade e de agir para transformá-la, impregnando de sentido a vida cotidiana. Para isso, a educação não pode se dar alheia ao contexto de quem se educa, nem o conhecimento pode ser construído ignorando o saber de quem participa do processo educativo. Daí a importância da leitura do mundo, sempre entendendo que, conforme Paulo Freire nos ensina, quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Desde seus primeiros escritos, Freire procurava uma teoria do conhecimento que possibilitasse a compreensão do papel de cada um no mundo e de sua inserção na história. Ele estava preocupado em elaborar uma pedagogia comprometida com a melhoria das condições de existência das populações oprimidas. O conhecimento construído através do processo educativo, nessa perspectiva, tem a função de motivador e impulsionador da ação transformadora. O ser humano deve entender a realidade como modificável e a si mesmo como capaz de modificá-la. Sua pedagogia proporciona aos educandos a compreensão de que a forma de o mundo estar sendo não é a única possível. Ela revela como possibilidade tudo aquilo que a totalidade opressora apresenta como determinação.

Nesse processo de leitura e de releitura do mundo, de leitura e de releitura da palavra, uma leitura mais crítica do mundo e da palavra forma o sujeito, que constrói uma visão de mundo e que pode, a partir dessa visão, não apenas vê-lo, entendê-lo melhor, mas pode, assim fazendo, entender melhor como somos capazes de mudar o mundo pela nossa ação. Nessa problematização, o educador desafia os alunos para que expressem de maneiras variadas o que pensam sobre diferentes dimensões da realidade vivida. O educando dialoga com seus pares e com o educador sobre seu conhecimento, sobre sua vida. Essas discussões permitirão ao educador apreender a visão dos alunos sobre a situação problematizada para fazê-los perceber a necessidade de adquirir outros conhecimentos

a fim de melhor entendê-la. No processo de construção do conhecimento, ele parte sempre de temas relacionados ao contexto do educando e da compreensão inicial que este tem do problema, para, por meio de um processo dialógico, da relação entre educandos e educadores, ir ampliando a compreensão dos alunos, construindo e reconstruindo novos conhecimentos. Evidentemente que esta análise não serve apenas para professores e alunos, mas para quaisquer contextos nos quais pessoas trabalham e desenvolvem projetos conjuntamente pois, nesses processos, todos ensinam e aprendem desde que estejam abertos para isso.

O respeito, então, ao saber popular, implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. A localidade dos alunos e de todos os sujeitos que dialogam no processo de aprendizagem, é o ponto de partida para o conhecimento que eles vão criando do mundo. A partir dela, uma “readmiração” da realidade inicialmente discutida em seus aspectos superficiais vai sendo realizada com uma visão mais crítica e mais generalizada.

O ser humano é “ser de relação”, dizia Paulo Freire. Um ser caracterizado pela sua “incompletude”, “inacabamento” e pela sua condição de “sujeito histórico”. Os seres humanos “estão sendo”, são “seres inacabados, inconclusos”. “(...) Seres situados em e com uma realidade que, sendo igualmente histórica, é tão inacabada quanto eles, por isso passível de mudança, de transformação.

O diálogo é condição para o conhecimento. O ato de conhecer se dá num processo social e é o diálogo o mediador desse processo. Para o pensamento freiriano, ele se dá sob algumas condições. Ele não existirá sem uma profunda relação amorosa com o mundo e os homens. Quem tem amor à vida, aos seres humanos, ao mundo busca o diálogo na esperança de encontrar caminhos para a mudança e a construção de novas realidades. Não se trata de uma relação amorosa ingênua ou piegas, limitada a uma manifestação de sensibilidade ao problema, a uma ajuda temporária, que não transforma. Ele fala de uma relação amorosa que implica comprometimento com a promoção da vida. Refere-se a um amor “armado” para que a esperança na mudança, a esperança na possibilidade de construir um mundo melhor, mesmo em condições adversas, não se esmoreça e alimente o permanente diálogo e compromisso.

Outra condição que a relação dialógica impõe é a humildade. Não haverá diálogo entre educador e educando quando aquele se reconhecer como o único a possuir saber e este o que deverá recebê-lo. A humildade está presente no educador que se reconhece ser incompleto e inacabado (tendo sempre, portanto, algo a aprender) e reconhece que o educando também é portador de conhecimento, tendo, nesse sentido, algo a ensinar.

A pronúncia do mundo, com que os homens o recriam permanentemente, não pode ser um ato arrogante. O diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus polos (ou um deles) perdem a humildade. Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?¹ (p. 94).

A fé nos seres humanos é outra exigência da dialogicidade. “Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de Ser Mais”¹ (p. 95). Está aberto ao diálogo aquele que entende o ser humano como sujeito histórico, capaz de agir no contexto em que vive e construir novas realidades. Dialoga aquele que sabe da capacidade de o ser humano rever-se, reinterpretar-se, de “renascer”, de aprofundar a compreensão sobre seu estar sendo no mundo e sobre seu próprio mundo e transformá-lo.

Além do amor ao mundo e aos homens, da humildade e da fé nos homens e mulheres, e diríamos, nas pessoas que se reconhecem no gênero “não binário” – enfim, em todas as pessoas, Paulo Freire fala-nos da necessária confiança e esperança para a relação dialógica se concretizar. Sem a esperança, que nos estimula, dá sentido, movimenta nossas ações em direção ao projeto com o qual sonhamos, não pode haver diálogo. “Se o diálogo é o encontro dos homens para Ser Mais, não pode fazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu quefazer já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril (...). Mas Paulo Freire fala-nos também de uma esperança “sem espera”. Uma esperança que nos faz agir, hoje, e não só esperarmos que mudanças ocorram no futuro. Foi viver o presente mais justo e mais digno, é condição fundamental para a construção de uma sociedade igualmente mais justa e digna.

Finalmente, não há diálogo verdadeiro se não há nos sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. (...) Este é um pensar que percebe a realidade como processo, que a capta em constante devenir e não como algo estático”¹ (p. 97), que a entende como construção histórica e social, por isso, mutável.

Não é possível, para Paulo Freire, que a leitura de mundo seja esforço intelectual que uns façam e transmitam para outros. Ela é uma construção coletiva, feita com a multiplicidade das visões daqueles que o vivem.

Transmitir ou receber informações não caracterizam o ato de conhecer. Conhecer é apreender o mundo em sua totalidade e essa não é uma tarefa solitária. Ninguém conhece sozinho. O processo educativo deve desafiar o educando a penetrar em níveis cada vez mais profundos e abrangentes do saber. Nisso se constitui uma das principais funções do diálogo, que se inicia quando o educador busca a temática significativa dos educandos, procurando conhecer o nível de percepção deles em relação ao mundo vivido.

A educação, numa perspectiva libertadora, exige a dialogicidade, portanto, a leitura do mundo coletiva. É a partir dela, do conhecimento do nível de percepção dos educandos, de sua visão do mundo, que Freire considera possível organizar um conteúdo libertador. A realidade imediata vai sendo inserida em totalidades mais abrangentes, revelando ao educando que a realidade local, existencial, possui relações com outras dimensões: regionais, nacionais, continentais, planetária e em diversas perspectivas: social, política, econômica que se interpenetram. A localidade do educando é, dessa forma, o ponto de partida para a construção do conhecimento do mundo. Fazer os educandos falarem a partir de seu território, do seu lugar de vida, convivência, trabalho, relações sociais, e, num movimento solidário, dialético e dialógico, criativo e crítico. Ir permitindo que eles desvendem o local e o universal, denominem o mundo e se comprometam com as ações necessárias à construção do mundo novo, com justiça social e sustentabilidade, com a valorização e respeito a todas as formas de vida, a todos os ecossistemas do planeta, visando a uma sociedade cidadã planetária, é a grande exigência de um projeto eco-político-pedagógico voltado à formação da cidadania ativa, planetária e da transformação social.

Nesse sentido, em síntese, no IPF, nosso trabalho se fundamenta nos seguintes princípios político-pedagógicos:

1 - A educação é um ato político – “a educação é uma forma de intervenção no mundo” – não transforma sozinha a sociedade, mas transforma homens e mulheres que transformam a sociedade – o educador deve ter clareza do projeto político-pedagógico com o qual se compromete.

2 - O conhecimento tem uma função social – deve contribuir para entender o contexto em que vivemos e o nosso estar sendo nesse mundo (Leitura do Mundo) e criar condições de agir sobre este mundo (Reescrever o Mundo – transformação social). No processo educativo, faz-se necessário dialogar com os vários espaços de formação na escola e no seu entorno. Considerar diferentes processos de aprendizado, de socialização e cultura que influenciam a construção da visão de mundo de nossos educandos. Considerar o modo como as realidades extrassala de aula interferem no processo de aprendizagem dos educandos: por exemplo, como alfabetizar numa sociedade que valoriza o som e a imagem, a linguagem oral? Vincular os saberes sociais, a cultura escolar com a cultura dos educandos, a socialização na escola com a socialização em outros espaços sociais como a rua, a casa, a igreja, o terreiro etc. Cada uma dessas instâncias formadoras deve se integrar ao processo de formação construído na escola. É preciso ficar atento aos espaços onde nos constituímos enquanto seres humanos, onde construímos saberes, valores, cultura, conhecimentos, representações da natureza, da sociedade, de nós mesmos e integrá-los ao espaço escolar.

3 - “Não há docência sem discência” – a educação como prática da liberdade pressupõe a dialogicidade. É preciso compreender que “quem ensina, aprende ao ensinar e, quem aprende, ensina ao aprender”. Reconhecer o educando como partícipe do processo de construção do conhecimento – promover o diálogo entre o saber informal e o saber formal. Onde e quando se aprende, também se ensina.

4 - Corporificar as palavras pelo exemplo – Testemunhar/vivenciar a cidadania, a democracia, a autonomia, a participação. Testemunhar que aprendemos ao longo de toda a vida, que o educador aprende ao educar.

5 - Não se aprende apenas com a razão – “aprendo com o corpo inteiro” - “a afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade” – “ensinar exige o querer bem ao educando”, afirmava Paulo Freire. A humilhação, a discriminação, a indiferença, a impessoalidade, a violência física/simbólica afetam a aprendizagem. É preciso fazer uso das diferentes linguagens artístico-culturais no processo educativo para mobilizar as diferentes formas de manifestação humana em favor da educação transformadora. Ampliar o repertório cultural do educador e do educando.

6 - A boniteza faz parte do processo pedagógico – para Paulo Freire. “a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e com a seriedade”. Há uma pedagogicidade na organização do espaço e do tempo. Estética e ética são princípios da pedagogia freiriana. A prática de ensinar e aprender é uma prática política, ideológica, pedagógica, estética e ética.

7 - Não há ensino sem pesquisa e nem pesquisa sem ensino – “ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago”. A educação emancipadora contribui para tornar visível o que o olhar normalizador e anestesiado oculta. Ajuda a interrogar, a questionar, a duvidar, a explicar, a nomear a barbárie que hoje vivemos; nega a resignação, recupera a confiança e a utopia. Educar como prática da liberdade é manter vivo o posto de “guardião da utopia”, da dúvida, da incerteza, da possibilidade... que Paulo Freire nos deixou como legado.

8 - A avaliação dialógica, formativa e continuada – dialógica porque pressupõe o envolvimento das diferentes dimensões e dos diferentes sujeitos envolvidos no processo educativo, formativa porque a avaliação é entendida como um importante momento de aprendizagem, avaliar para repensar a prática e ter melhor prática amanhã, para aprender e reorientar a prática e continuada porque implica um movimento constante de ação, reflexão/avaliação sobre a prática, ação.

9 - O uso das novas tecnologias para o fortalecimento da educação transformadora – construção coletiva e livre do conhecimento, a comunicação em rede, a inclusão digital, a tecnologia a serviço da emancipação humana, a educação on-line – que chamamos de EaD Freiriana, diferenciada em sua filosofia, em seus métodos, dialogante com os princípios freirianos e com as novas tecnologias da informação e da comunicação. As mesmas bases da globalização como perversidade podem ser possibilidades de construção da cidadania planetária: das redes, da libertação que se intercomunica, que interliga o local e com o global, que internacionaliza as lutas de resistência contra a opressão e a exploração, que, de forma amorosa, intertranscultural e criativa, com a não violência ativa, em diversos espaços e das mais variadas formas possíveis, resistem ao imobilismo e à desesperança.

10 - A promoção da cultura da justiça, da paz e da sustentabilidade – princípios de convivência para o bem viver comum e solidário.

Educar para a cidadania planetária. Educar para um novo modo de vida: desnaturalizar a degradação ambiental, a violência, o consumismo, o individualismo, a competição. Educar para a cidadania planetária é refletir sobre nosso “estar sendo no mundo” de forma a manter a sustentação da vida, de todos os seres, da comunidade de vida e da vida humana, visando à sua continuidade, garantindo nossa sobrevivência pessoal e social como habitantes de uma mesma casa, o planeta Terra, que precisa ser cuidada e preservada, por nós e pelos que virão. É construir a identidade terrena (somos Terra) e a consciência coletiva sobre as ameaças que pesam sobre o planeta e ter a Terra como paradigma de nossas ações. Aqui se apresenta a dimensão “eco” do projeto ecológico-pedagógico de toda instituição.

11 - O problema da educação não é só da educação – estabelecer relações entre o local e o global no processo de construção do conhecimento e na luta pelo direito à educação. Entender que a melhoria das condições de trabalho do educador, a valorização profissional não estão dissociados do que se faz em sala de aula, do que se faz na escola, nos movimentos sociais, sindicais, nas lutas em defesa da educação pública como direito humano e não como mercadoria. A Educação Cidadã, que vem se constituindo como forte espaço de formação da cidadania planetária, valoriza a construção coletiva dos significados, promove o espaço público que ressignifica a existência coletiva nas instituições educativas – através dos Grêmios Estudantis, dos Conselhos de Escola, do Orçamento Participativo, dos Fóruns Mundiais de Educação etc., bem como em todas as instituições, públicas e privadas, que trabalham na perspectiva da concepção da educação emancipadora e de práticas emancipatórias. Em todos estes casos e contextos, os assuntos particulares, localizados, tornam-se públicos, ganham novas dimensões, novos significados: agendas de luta são definidas, opiniões são formadas, testadas, negadas, confirmadas. As vozes locais de cada parte da cidade, de várias cidades com sonhos semelhantes, de várias regiões do país e de outros países, vozes de perto e vozes de longe ganham sentido, tecem a trama planetária da formação cidadã.

Paulo Freire sustenta que não é possível a existência humana sem o sonho, sem a utopia. Não é possível a educação sem utopia. Não há edu-

gador sem utopia. Ele aponta como o caráter mais perverso da ética neoliberal o fatalismo como valor. A ideologia neoliberal sustenta que não existe outro mundo possível, que o mercado globalizado é a melhor forma de governabilidade humana. Não há aqui lugar para sonhar outra coisa. Ele critica o neoliberalismo exatamente por negar o sonho, por ser fatalista, por negar a possibilidade de mudança. Educar “na dramaticidade da hora atual” é criar condições de “esperançar”. Mais do que em outros tempos, as “classes” precisam ser substituídas pelos “círculos de cultura”; os “alunos” pelos “participantes dos grupos de discussões”; os “professores” devem ceder lugar aos “coordenadores de debates”. De igual modo, a “aula” precisa ser substituída pelo “debate” ou pelo “diálogo” entre educador e educandos e o “programa” por “situações existenciais” capazes de desafiar todos os envolvidos no processo educativo e de levá-los a assumir posições de reflexão e crítica diante das condições dessa mesma existência.

Os círculos de cultura trazem a prática de cada um, a sua vivência, a sua história, os saberes dos educandos e permitem a reflexão sobre eles, a ampliação do conhecimento sobre o visto e sentido, ressignificando a existência dos partícipes do processo. O papel do educador é dar sentido a essa construção. Nós, educadores, como afirma o professor Moacir Gadotti, no belo livro “Boniteza de um sonho”, somos os “profissionais do sentido”, fundamentado na existência com justiça social e vida sustentável.

Referências

1. Freire, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Bibliografia recomendada

1. Antunes ÂB. *Leitura do mundo no contexto da planetarização: por uma pedagogia da sustentabilidade*. [Tese de doutoramento]. São Paulo: Faculdade de Educação – USP; 2002.
2. Antunes ÂB, Padilha PR. *Educação cidadã, educação integral: fundamentos e práticas*. São Paulo: Ed L; 2010.

3. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
4. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1987.
5. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1994.
6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
7. Gadotti M. Pedagogia da práxis. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire; 1995.
8. Gadotti M. Pedagogia da Terra. São Paulo: Peirópolis; 2000.
9. Gadotti M. Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido. 2. ed. São Paulo: Ed L; 2011.
10. Padilha PR. Currículo Intertranscultural: novos itinerários para a educação. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire; 2004.
11. Padilha PR, Favaração MJ, Morris E; Marine L. organizadores. Educação para a cidadania planetária: currículo intertransdisciplinar em Osasco. São Paulo: Ed L; 2011.
12. Padilha PR. Educar em todos os cantos: por uma educação intertranscultural. São Paulo: Cortez/ Instituto Paulo Freire; 2007; Ed L; 2012.
13. Pini FRO, Moraes CV, organizadores. Educação, Participação Política e Direitos Humanos. São Paulo: Ed L; 2011.
14. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record; 2000.

Para aprofundamento da leitura, sugerimos acessar o Acervo do Instituto Paulo Freire:

www.paulofreire.org/acervo-paulo-freire

2

O caráter adaptativo da pesquisa participativa: rompendo com a monocultura de saberes

Leandro Luiz Giatti¹

A reflexão sobre a ecologia de saberes, como um movimento contra hegemônico frente à massificação pela predominância do pensamento científico tradicional, oportuniza a consideração quanto aos desafios e rupturas necessários para lidar com a complexidade, a magnitude e a interdependência das crises contemporâneas. Frente a essas concepções, exploramos neste texto o caráter adaptativo e dinâmico de metodologias de pesquisa participativa, que por sua natureza e premissas permitem processos reflexivos ao passo que possibilitam não apenas a valorização de outros saberes que não os acadêmicos, mas podem corroborar saberes híbridos e colaborativos, em situações onde conhecimentos tradicionais e senso comum são reconhecidos por suma relevância.

Entre distintas modalidades e nomenclaturas teremos como referência básica para pesquisa participativa a CBPR – *Community-based Participatory Research*¹ e a Pesquisa-ação², ambas compartilhando várias similaridades como o processo colaborativo entre pesquisadores e sujeitos, adequações metodológicas conforme demandas reconhecidas nessa interação, a busca de relações mais simétricas ou dialógicas³, a valorização dos saberes do senso comum e a reflexão conjunta permitindo a construção de novos saberes, de natureza híbrida e com grande potencial de aplicação para promoção da saúde⁴.

¹ Leandro Luiz Giatti (lgiatti@usp.br). Livre-docente em Saúde Pública, professor associado da FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Efetivamente, estas colocações iniciais não vêm a posicionar julgamento depreciativo sobre a importância fundamental e o alcance de todo o aparato e desenvolvimento científico estabelecidos historicamente pela ciência tradicional. De fato, o foco desta argumentação tende a explorar arranjos possíveis e viabilidade, além de critérios adequados para compor novas estruturas colaborativas de conhecimento, capazes de enfrentar fenômenos cujos determinantes se encontram tanto dispersos como interconectados, tais como as questões ambientais em sobreposição às sociais e respectivas políticas públicas. Assim, consideram-se as possíveis contribuições de saberes acadêmicos e os necessários aportes de valores, crenças, práticas e saberes populares, tudo isso, dentro de um processo em que se propiciem dinâmicas interativas e não excludentes, diálogos mais simétricos e intercâmbios entre práticas, saberes e tomada de decisões em distintos níveis organizacionais e com possibilidade de respostas plurais, adequadas às diversidades sociais e aos respectivos dilemas e riscos.

Nesse sentido, cabe questionar: como conceber saberes que sejam distintos daqueles consagrados por institutos de pesquisa, universidades e corporações, que geralmente são disseminados de forma unilateral e prescritiva? Aliás, é digno de nota que a forma convencional de produção e disseminação de saberes hegemônicos constitui-se à partir de clara disposição cartográfica, entre os que estão do lado da produção de conhecimento e os demais, ambos limitados por uma fronteira bastante rígida e ostensivamente controlada⁵.

Mas, é justamente do lado de fora que diversos outros tipos de saberes, com suas tradições, associações às práticas resolutivas e pluralidade não apenas se legitimam no cotidiano e no diálogo com adversidades, como também, colocam-se como determinantes nas imbricadas cadeias causais de problemas críticos, como os que envolvem saúde e ambiente. Portanto, ao refletir sobre a perspectiva de uma ecologia de saberes, estaremos desenvolvendo considerações e exemplos sobre algumas características relevantes, para, em seguida, dialogarmos com as significativas inovações e atributos de pesquisas participativas, da maneira como podem contribuir para novas formas de produção de saberes híbridos, além da possibilidade de inovações para fazer frente a problemas de elevada complexidade⁶.

Diversidade de contextos, práticas e saberes

Partimos de concepções básicas advindas de estudos dos ecossistemas naturais sem, contudo, considerar distanciamento entre estes e os sistemas socioambientais. De fato, nos motiva inicialmente reconhecer a importância da diversidade, justamente nos sistemas socioambientais. Das ciências naturais provêm avanços analíticos fundamentais a partir da teoria geral de sistemas⁷ corroborando com princípios aplicáveis a distintos tipos de sistemas em diferentes escalas organizacionais. Entre as contribuições mais relevantes para esta discussão, destacamos o princípio de auto-organização aplicável a organismos ou comunidades biológicas, que assinala a plasticidade de respostas de determinado sistema frente às mudanças ou adversidades, caracterizando um processo de adaptabilidade ou simplesmente a busca de equilíbrio quanto ao ambiente a que se insere.

Nos sistemas naturais, portanto, a diversidade biológica é indicada por uma correlação quanto a uma competência de adaptabilidade, ou seja, quanto maior a diversidade, maior a possibilidade de haver respostas. Do mesmo modo, temos que sistemas mais diversos também podem ser mais resilientes frente a adversidades. Uma interessante análise nesse sentido é feita por Gell-Mann⁸ ao conceber a interpretação da complexidade de sistemas naturais correlacionada com a biodiversidade. Para este autor, as espécies biológicas, por suas características e possibilidades, inscritas biologicamente em suas cadeias de DNA como algoritmos de alternativas de interação e auto-organização, impõem-se de maneira que a diversidade de espécies é diretamente proporcional ao algoritmo coletivo da comunidade biológica de dado sistema em análise. Ou seja, a complexidade naquilo que é tecido em conjunto amplia-se assim como o algoritmo de possíveis respostas de acordo com a diversidade adicionada por cada espécie componente do sistema.

Não é intenção simplesmente aplicar os conceitos das ciências naturais, todavia contribuições marcantes nesse sentido já foram bem elaboradas por Maturana e Varela⁹ ao destacar propriedades como autonomia, auto-organização e acoplamentos para com comunidades humanas. Se os sistemas naturais em si apresentam um grau de complexidade ordinária,

onde são relevantes princípios e relações ecológicas, para os sistemas socioambientais temos a reconhecer uma complexidade emergente, ou seja, uma ampliação das possibilidades de interações, de auto-organização e de adaptação decorrente das relações de intersubjetividade e das possibilidades de linguagem e comunicação entre os componentes destes sistemas. Os sistemas socioambientais ou, simplesmente, as comunidades humanas contam com a ampliação de suas capacidades de resposta por conta dos contextos culturais, dos processos intersubjetivos e das capacidades de criação e cognição dos humanos, ou seja, peculiaridades que ampliam as possibilidades de algoritmos para soluções de problemas, adaptação a mudanças ou resiliência mediante a drásticos impactos.

Desafiador é, portanto, aprofundar no estudo dos contextos socioambientais para desvelar essas interações e características auto-organizacionais. Por exemplo, um olhar superficial sobre uma favela em uma cidade em país em desenvolvimento traz quase que sumariamente a impressão de que ali reina uma condição caótica. Por outro lado, o estudo aprofundado que pode ser realizado por dedicadas técnicas de investigação etnográfica pode possibilitar a compreensão de que ali, mesmo em condições muito adversas, há uma profusão de práticas sociais que são criadas e estabelecidas ou reproduzidas pela comunidade, denotando a capacidade de encontrar alternativas e soluções mediante o processo global de urbanização¹⁰.

A propósito, comunidades em condição de vulnerabilidade têm sido uma possibilidade de identificar a diversidade de soluções e práticas condizentes com a escassez de recursos, precária atenção em saúde, ausência de políticas públicas e iminentes riscos de desastres naturais ou tecnológicos. Os fatores do meio ao qual se inserem as comunidades humanas e suas condições materiais e culturais constituem mediadores a gênese conjunta de práticas sociais e de saberes do senso comum, ou seja, fazeres e saberes dos grupos sociais. As práticas sociais são, dessa forma, inerentes ao espaço, ao ambiente, caracterizando-se a partir dos atributos locais, porém, da mesma forma, interferindo nesse ambiente¹¹.

Indígenas do grupo Tukano na região do alto Rio Negro na Amazônia ordenavam a forma de caçar e de distribuir o produto da caça com base na ideia de que deviam consumir moderadamente a carne de ani-

mais de porte, pois estes transferiam determinada forma de energia que, se consumida em excesso os deixava vulneráveis quanto aos perigos do rio ou das florestas, como o risco de contrair uma doença ou de sofrer um acidente. O conhecimento inerente e a respectiva prática, independentemente da forma como decorre o processo de interpretação na particular visão dos indígenas, contribuía decisivamente para disciplinar e manejar a caça e a distribuição do recurso em uma região reconhecida por escassez de alimentos proteicos¹².

Em uma comunidade pobre na cidade de Kampala, Uganda, a escassez intrínseca de água, energia e alimentos caracteriza condicionantes para a prática culinária mais típica nas favelas daquela cidade, onde há séria dificuldade no acesso à água e o preparo de alimentos se realiza com uso de carvão ou madeira e derivados como fonte de energia. Nas condições locais é muito custoso, por exemplo, se alimentar de feijões cozidos, pois este gênero requer quantidade elevada de água e energia para a cocção, com isso, o alimento mais consumido neste contexto consiste de uma opção mais adequada às contingências, um purê de banana cozida no vapor chamado de matooke, que, portanto, é mais econômico em termos de água e energia¹³.

Em outro contexto, mas de igual relevância para destacar a importância dos saberes locais, tem-se em um bairro na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas, uma situação de exposição a contaminantes químicos pelo consumo de água sem tratamento. Trata-se do bairro Novo Israel, que surgiu no final da década de 1980, após a desativação de um antigo lixão na área, passando a ser ocupada por famílias de baixa renda. A análise da qualidade da água de poços superficiais e profundos no local comprovou a inapropriação dessa água para consumo humano. Entretanto, pesquisa realizada entre 2007 e 2008, junto a moradores do bairro revelou que, mesmo nos domicílios abastecidos com água encaçada e tratada, o uso de água de poço ainda era frequente, dado que os moradores, por uma série de fatores ou tabus, por suas histórias de vida e de ocupação do local, consideravam a água de poço como boa, mesmo reconhecendo que ali houve um lixão. Tem-se, portanto, de um lado o desconhecimento da população sobre possíveis riscos relacionados à exposição à água com componentes químicos, como metais pesados e,

de outro o desconhecimento (ou simplesmente a não consideração) por parte de órgãos responsáveis pela infraestrutura sanitária, quanto aos reais condicionantes para a não adesão da população à água encanada, condicionantes estes que envolvem questões socioculturais, econômicas ou étnicas¹⁴.

Vemos nestes casos ilustrativos que as práticas sociais, acopladas aos saberes do senso comum se estabelecem de forma dialética com escassez e contingências, ao passo em que podem caracterizar soluções viáveis, ao menos, permitindo a superação de profundas vulnerabilidades reinantes no âmbito local. Mas devemos exercitar a perspectiva de que deve haver uma profusão de práticas sociais advindas da multiplicidade de contextos, histórias, situações multiculturais, migrações, inovações e outras tantas variantes a interferir. No caso das dinâmicas urbanas contemporâneas, temos que:

A presença de migrantes, visitantes, moradores temporários e de minorias; de segmentos diferenciados com relação à orientação sexual, identificação étnica ou regional, preferências culturais e crenças; de grupos articulados em torno de opções políticas e estratégias de ação contestatórias ou propositivas e de segmentos marcados pela exclusão – toda essa diversidade leva a pensar não na fragmentação de um multiculturalismo atomizado, mas na possibilidade de sistemas de trocas de outra escala, com parceiros até então impensáveis, permitindo arranjos, iniciativas e experiências de diferentes matizes¹⁰ (p.15-16).

É essa diversidade dos sistemas socioambientais que nos interessa sobremaneira, pois diz respeito tanto às possibilidades de novos arranjos e soluções, da mesma forma como também como se coloca objetivamente nas cadeias de relações causais de forma determinante. Evidentemente, essa análise de contextos, sua diversidade e suas possibilidades de auto-organização também se coloca no campo de interesse da promoção da saúde, tendo como condição elementar o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde. Assim, destacamos que é importante aprofundar e reconhecer os componentes e dimensões da vulnerabilidade, por outro lado, também é marcante a necessidade de compreender que a diversida-

de e as respectivas ampliações de algoritmos adicionam complexidade, e esta requer inexorável interação com os esforços envidados na redução da própria vulnerabilidade.

Ecologia de saberes

O saber acadêmico constitui-se como uma forma de saber, mas não a única¹⁵. A segregação e supremacia do saber acadêmico pode ter suas origens desde a Idade Média, para Hall¹⁶ o ato de criar universidades como instituições fechadas e dirigidas à elite, de forma a enclausurar o conhecimento, delineou uma forma de limitar o acesso ao conhecimento com propósito de se manterem as lideranças e poderes. Aqueles que estavam dentro dos muros das universidades faziam-se sabedores, ao passo que os demais, não sabedores. Similar a um processo de expropriação de territórios, essa lógica se expandiu reproduzindo a expropriação para com os mantenedores de saberes tradicionais, assim marginalizando-os em um processo de globalização que remonta o período das grandes navegações. Efetivamente, a brutalidade desse processo de destruição de saberes tradicionais e do senso comum caracteriza o que¹⁵ denomina epistemicídio.

Porém, a reflexão sobre as crises contemporâneas em sua profundidade, reconhecendo o papel multifacetado das relações global local e a urgência de se promover justiça, inclusão social e equidade, em realidades tão diversas, nos faz validar a perspectiva de que não se pode esperar uma justiça social global sem que haja uma justiça cognitiva global, do mesmo modo⁵. No entanto, neste texto avançamos além do caráter ético, pois cabe rever que a diversidade de saberes e práticas sociais implica de forma determinante possibilidades de dialogar e buscar alternativas a problemas complexos.

Se o processo histórico exacerbou esta forma de segregação, colocando a distinção entre o conhecimento científico tradicional em uma relação cartográfica abissal para com os saberes do senso comum, cabe verificar quais seriam possibilidades de dinâmicas contra hegemônicas,

que, no caso possam promover interação, tradução e hibridização de distintas formas de conhecimento, ou seja, uma ecologia de saberes^{5,15}.

A sobreposição das injustiças ambientais com a vulnerabilidade social traz situações desafiadoras que demandam alternativas com envolvimento colaborativo e, nesse sentido, constituem contextos desafiadores para a prática de pesquisas de natureza participativa que possam estimular e viabilizar a aplicabilidade da ecologia de saberes na busca de soluções colaborativas e legítimas¹⁷.

Nesse sentido, a proposta de pedagogia do oprimido coloca-se também em consideração ao fato de que a hegemonia do saber acadêmico se faz em uma estrutura opressora, dessa forma, a proposta libertadora de Freire³ reforça a perspectiva de construir novos conhecimentos de forma colaborativa para a resolução de problemas coletivos. Para Freire, a dialética natural dos conflitos em torno das desigualdades, que fazem o pano de fundo das questões sociais e ambientais, precisa ser abordada sob uma perspectiva inovadora e dialógica, ou seja, por meio de práticas que permitam a valoração de múltiplos conhecimentos dos atores sociais de uma maneira mais simétrica em relação ao saber dominante.

Ao refletir sobre o anseio por mais participação social na governança da água encontramos uma didática análise quanto às relações hegemônicas de conhecimento e de concentração de poder. Acesso à água é uma questão historicamente mediada por riqueza e poder, cuja gestão, convencionalmente se pauta com base em saberes técnicos e científicos para a tomada de decisão. Em uma bacia hidrográfica, sobretudo em condições de escassez hídrica, faz-se premente o reconhecimento de iniquidades no acesso a esse recurso. A inclusão de grupos sociais desfavorecidos dentro de um processo decisório mais justo em estruturas de governança de água mais dignas implica não apenas a cessão de poder, mas também a necessidade de estabelecer diálogos e de buscar consensos e negociações dentre distintos interesses e demandas, obrigatoriamente valorizando os saberes, valores e práticas do senso comum.

O aprimoramento de dinâmicas mais simétricas e bem-sucedidas nesse sentido tem se consagrado em processos de aprendizagem social. Gestores posicionados nas estruturas convencionais de tomada de decisão necessitam aprender com os atores sociais por meio de um proces-

so dialógico, ao passo em que estes também compartilham e adquirem saberes concomitantemente com o processo de refletir e consensuar sobre as contingências. Não se trata meramente de uma arena em que se compartilha acesso ao poder, constitui-se uma estrutura em que também aflora a corresponsabilização dos atores sociais, oportunizando soluções mais justas e colaborativas no acesso à água^{18,19}.

Outros exemplos podem contribuir para enriquecer a discussão. Em Belfast, Reino Unido, uma pesquisa participativa envolvendo moradores de bairros menos favorecidos promove interações e alcança resultados muito positivos no tocante ao acesso à saúde. Com isso, diversas informações relevantes e díspares para com as convencionais informações à saúde emergem a partir dos saberes e percepções da comunidade, por exemplo, as dificuldades inerentes de acesso por parte de certos grupos de vulnerabilidade e os contextos determinantes de situação de dependência de drogas, como antidepressivos²⁰.

Em Alberta, Canadá, uma pesquisa participativa focando estudo e intervenção voltados aos determinantes da obesidade crônica também oportuniza positiva interação entre saberes agregando novas compreensões sobre a complexidade do problema. No caso, os avanços da pesquisa destacam o imperativo do envolvimento da sociedade no processo reflexivo e na implementação de mudanças, sobretudo, focando a importância de políticas que melhor dialoguem com segurança alimentar e com aspectos ambientais relevantes, como os fatores que facilitem o transporte ativo²¹.

Entre indígenas do noroeste do estado do Amazonas, Giatti *et al.*²² realizam uma pesquisa-ação com foco nas condições de saneamento básico e de saúde. No processo de aplicação de distintos instrumentos verifica-se que, quanto à relação de saneamento e saúde, prevalecem interpretações controversas para o surgimento de doenças diarreicas. Ora os indígenas demonstram conhecimento sanitário reconhecendo o risco de doenças associadas ao contato com os dejetos a céu aberto, ora esses mesmos sujeitos atribuem que doenças diarreicas são oriundas de feitiçaria. Nesse contexto, coloca-se como relevante um processo de pesquisa e intervenção continuadas que possa promover reflexões pertinentes e busca de soluções compartilhadas com os sujeitos dos riscos para o pro-

blema sanitário, em reconhecimento aos reais perigos de disseminação de doenças.

Essas situações deixam claro, novamente, a importante reflexão quanto à importância da diversidade de saberes e práticas dos grupos sociais, bem como estimulam o reconhecimento quanto ao seu papel determinante nos processos de busca de soluções contextualizadas. Esse processo de interação entre saberes, oportunidade de saberes colaborativos e aplicáveis e aprendizagem social constitui-se como uma perspectiva viável para se concretizar uma ecologia de saberes.

Dinâmica e adaptação constante nos processos de pesquisa participativa

As pesquisas participativas se configuram por meio de processos interativos e continuados, em que há necessidade de constante reflexão e adaptação metodológica²³, isto pela própria necessidade de legitimar uma participação dialógica em que os sujeitos da pesquisa possam se apropriar do processo em si, também contribuindo com seus anseios, questionamentos, motivações e críticas. Dessa forma, o tratamento dado aos processos de pesquisa participativa neste texto direciona-se ao reconhecimento de sua unidade e suas características de autonomia e adaptabilidade, ou seja, aplica-se uma interpretação de sistema auto-organizável aos projetos desta natureza de intervenção e investigação.

A abordagem cíclica das pesquisas participativas conta com uma contribuição seminal a partir das propostas de Lewin²⁴ quanto à ordenação de seus processos por meio de um fluxo rotativo entre planejamento, ação (intervenção) e interpretação de fatos. Publicações contemporâneas sobre essa perspectiva de abordagem cíclica^{23,25-27} têm contribuído para melhor detalhar e qualificar o processo cíclico da participação, como também vêm valorizando alguns atributos e peculiaridades desse processo continuado. List²⁵, por exemplo, valoriza diferentes graus de comprometimento e mobilização social e assinala que o nível mais elevado de participação a se atingir consiste do empoderamento e da instância

proativa dos sujeitos, o que, dessa maneira, os habilita a maior poder de resolubilidade para lidar com seus próprios problemas.

Toledo & Giatti²⁶, por sua vez, elencam desafios para o processo participativo e assinalam quanto à importância do fluxo de interações que deve fortalecer a mobilização social, a confiança e a reciprocidade entre sujeitos e pesquisadores, assim como a própria busca do êxito com o empoderamento da sociedade. A partir de uma experiência com pesquisa-ação destacam a importância da reflexão para o atendimento das demandas e peculiaridades da interação com sujeitos, ao passo em que assinalam também a relevância de se combinar distintos instrumentos participativos, abrindo espaço para instrumentos de pesquisa tradicional, para o caso de possibilitar respostas a perguntas legítimas que surtem no processo cujas respostas também trazem maior confiança e reciprocidade na relação entre os sujeitos e os pesquisadores.

Assim, cabe suma valorização ao processo participativo em si, que deve decorrer de maneira fluida e com oportunidades salutares para sua própria auto-organização, ou seja, no caso, a forma de constituir legitimidade ao processo, com a reflexão constante e recondução das atividades e metodologias.

De fato, a natureza das pesquisas participativas que aqui se explora demanda delimitar e reconhecer algumas rupturas contundentes:

- A decisão de realizar uma pesquisa participativa em que se assume que o saber acadêmico não é hegemônico, que os saberes do senso comum são determinantes e que a amalgama entre estes pode trazer redirecionamentos inesperados, caracteriza uma situação de abandono do convencional conforto acadêmico de controle absoluto sobre os processos e metodologias. Optar por realizar uma pesquisa participativa deve significar estar aberto a processos que se auto-organizam e que, com isso, obrigam os pesquisadores cederem o poder que usualmente detêm, constituído historicamente com a relação de saberes e poderes;
- Conceder poder e atender a anseios e motivações dos sujeitos pode ser algo fundamental²⁸, e isso pode promover adaptações na metodologia de pesquisa. Porém, é necessá-

rio trabalhar constantemente em direção aos objetivos mais relevantes do projeto de pesquisa, no caso de uma pesquisa-ação, por exemplo, é marcante que seu desenvolvimento deve mobilizar saberes acadêmicos e populares em busca colaborativa para resolução de um determinado problema². Assim, uma mediação constante é necessária para manter o direcionamento ao problema a ser resolvido, sem menosprezar o processo de interação com os sujeitos. A legitimidade do processo participativo é muito importante, digamos, o trabalho em torno de se obter uma relação mais dialógica onde convencionalmente a relação é de hegemonia do saber acadêmico e a marginalização do senso comum. Um indicativo importante da legitimidade do processo participativo pode ser relativo à forma como os sujeitos se apropriam da pesquisa, por exemplo, elencando perguntas relevantes para eles, que devem ser respondidas conjuntamente, inclusive com atividade colaborativa de pesquisa e aplicação também, se necessário, de instrumentos científicos convencionais.

– Por meio de processo reflexivo que leva a constantes adaptações metodológicas nos deparamos com um dilema de grande relevância quanto à ciência tradicional – há uma séria contraposição ao princípio da replicabilidade que consiste basicamente na perspectiva de se reproduzir fielmente determinada metodologia. Essa questão não deve ser compreendida como uma situação que desabona as metodologias participativas, porém, deve ser vista como uma característica singular que justamente se identifica com a natureza dinâmica e adaptativa, capaz de induzir à maior valorização do processo, como uma realização única e que coloca o projeto de pesquisa como produtor de si mesmo, elemento chave na lógica de autonomia e auto-organização⁹.

As pesquisas participativas, desse modo, devem ser compreendidas como processos adaptativos e que possibilitam a ampliação dos algoritmos que representam a busca de novas alternativas mais incluídas e aplicáveis para fenômenos complexos. Temos que, convencionalmente, os diversos saberes e práticas associados ao senso comum são expropriados e marginalizados ao passo que a hegemonia do saber acadêmico, fre-

quentemente disposto à sociedade de forma prescritiva, impõe suas soluções. Mas no atual momento de valorização e identificação das crises e incertezas científicas, corroborado pelo reconhecimento da importância da pluralidade de contextos e necessidade de plasticidade de soluções, a pesquisa participativa pode ser vista como um sistema que dinamiza e promove a interação de saberes muito díspares e que, no êxito de situações dialógicas, oportuniza a construção de saberes colaborativos, o que é realizado com o reconhecimento e a fertilização da diversidade de ideias e soluções e com melhores relações e distribuição de poder.

Agradeço à Renata Ferraz de Toledo a revisão crítica e as conversas e interações que contribuíram para o desenvolvimento das ideias aqui desenvolvidas.

Referências

1. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 [citado 27 de maio de 2014];100(51):540-546. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00900036&AN=52016723&h=q3NNeGyuKWzyygxfGS%2F3L4sc2Subu5jR16rfpGjNma8EB3Qkj%2FTq79SX05Twm3OvkYIEdyNqEz5crugvwxXA%3D%3D&crl=c>
2. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
3. Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
4. Wallerstein N, Giatti LL, Bógus CM, Akerman M, Jacobi PR, De Toledo RF, et al. Shared Participatory Research Principles and Methodologies: Perspectives from the USA and Brazil—45 Years after Paulo Freire’s “Pedagogy of the Oppressed”. *Societies*. 2017;7(2):6.
5. Santos B de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estud-CEBRAP*. 2007;(79):71-94.

6. Santos B de S. Um discurso sobre as ciências. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
7. Von Bertalanffy L. General system theory. N Y. 1968;41973(1968):40.
8. Gell-Mann M. The Quark and the Jaguar: Adventures in the Simple and the Complex. Macmillan; 1995.
9. Maturana HR, Varela FJ. The tree of knowledge (rev. ed.). Boston Shambala. 1992;
10. Magnani JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. RBCS [Internet]. 2002;14(49). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcso/v17n49/a02v1749>
11. Schatzki T. Spaces of practices and of large social phenomena. *Espac Temps*. 2015;24(03).
12. Hildebrand M, Bunyard P. Gaia and culture: reciprocity and exchange in the Colombian Amazon. Gaia Action Edinb Floris Books. 1993;248-265.
13. Mguni P. Making matooke for a growing family in Kanyogoga – A visit to Betty’s place [Internet]. RESnexus. 2017 [citado 14 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://resnexus.org/blog/making-matooke-for-a-growing-family-in-kanyogoga-bettys-story/>
14. Giatti LL, Neves NL da S, Saraiva GN de M, Toledo RF de. Exposição à água contaminada: percepções e práticas em um bairro de Manaus, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28:337-343.
15. De Sousa Santos B. Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. Siglo XXI; 2009.
16. Hall B. Beyond epistemicide: Knowledge democracy and higher education. 2015;
17. Giatti LL, Landin R, Toledo RF de. Aplicabilidade da ecologia de saberes em saúde e ambiente e sua permeabilidade na produção acadêmica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4091-4102.
18. Pahl-Wostl C, Hare M. Processes of social learning in integrated resources management. *J Community Appl Soc Psychol*. 2004;14(3):193-206.

19. Jacobi PR, Sinisgalli PA de A. Governança ambiental e economia verde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:1469–1478.
20. Lazenbatt A, Lynch U, O’Neill E. Revealing the hidden ‘troubles’ in Northern Ireland: the role of participatory rapid appraisal. *Health Educ Res*. 2001;16(5):567–578.
21. Raine KD, Plotnikoff R, Nykiforuk C, Deegan H, Hemphill E, Storey K, et al. Reflections on community-based population health intervention and evaluation for obesity and chronic disease prevention: the Healthy Alberta Communities project. *Int J Public Health*. 2010;55(6):679–686.
22. Giatti LL, Rocha AA, Toledo RF de, Barreira LP, Rios L, Pelicioni MCF, et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciênc Saúde Coletiva*. dezembro de 2007;12:1711–23.
23. Toledo RF de, Giatti LL, Cutolo SA, Barreira LP, Pelicioni MCF. Um sistema metodológico aberto, dinâmico e legítimo na participação: Uma experiência multidisciplinar com pesquisa-ação em Iauaretê/AM. In: *A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares*. São Paulo: Annablume; 2012.
24. Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 1946;2(4):34–46.
25. List D. Action research cycles for multiple futures perspectives. *Futures*. 2006;38(6):673–684.
26. De Toledo RF, Giatti LL. Challenges to participation in action research. *Health Promot Int*. 2014;30(1):162–173.
27. Baum FE. Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gac Sanit*. 2016;30(6):405–407.
28. Christopher S, Watts V, McCormick AKHG, Young S. Building and maintaining trust in a community-based participatory research partnership. *Am J Public Health*. 2008;98(8):1398.

Gestão Social: histórico, conceitos e uma proposta participativa^I

Airton Cardoso Cançado^{II}
Jeová Torres Silva Júnior^{III}
Anne Caroline Moura Guimarães Cançado^{IV}

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

*Paulo Freire,
A importância do ato de ler (1981)*

Introdução

A Gestão Social é um campo de conhecimento cujo desenvolvimento ocorre no Brasil desde os anos 90 do século passado. Pode-se dizer que é basicamente uma teoria nacional. As suas bases teóricas são alicer-

-
- I Este capítulo foi adaptado a partir de material didático que integra o Curso de Especialização em Gestão Social realizado em parceria entre a Fundação Demócrito Rocha e a Universidade Federal do Cariri, ambas do Ceará. Ver CANÇADO; SILVA JR, CANÇADO, 2017¹².
- II Airton Cardoso Cançado (airtoncardoso@yahoo.com.br) é Professor do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional, Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e do Curso de Administração da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Doutor em Administração pela UFPA (2011), Mestre em Administração pela UFPA (2004) e graduado em Administração com Habilitação em Administração de Cooperativas pela UFV (2003). Realizou Estágio Pós-doutoral em Administração na EBAPE/FGV (2013) e na HEC Montreal/Canadá (2017/2018).
- III Jeová Torres Silva Júnior, (jeova.torres@ufca.edu.br); é Pró-Reitor de Planejamento e Orçamento (PROPLAN-UFCA); Professor Efetivo do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA/UFCA); Pesquisador do Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social (LIEGS) da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Graduado em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), com período de estágio doutoral no *Conservatoire National des Arts et Métiers* (CNAM, Paris, França).
- IV Anne Caroline Moura Guimarães Cançado (annecmgc@gmail.com) é Especialista em Gestão de Cooperativas pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL) e Mestranda em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal do Tocantins - UFT e em Turismo pelo Centro Universitário da Bahia.

çadas em autores nacionais (Guerreiro Ramos, Paulo Freire e outros) e internacionais (Habermas, Tocqueville, Arendt e outros).

Esse texto traz uma perspectiva histórica e conceitual da Gestão Social e também aspectos da prática. Mas o mais importante é o tipo de interação que se vê nessas duas perspectivas: a das ações e a das relações entre os seres humanos.

Os principais conceitos utilizados aqui serão:

- **Participação em uma perspectiva de “tomar parte e ser parte”**, trabalhando a interdependência (quando a existência de um depende da existência do outro) entre direitos e deveres.

- **Interesse Bem Compreendido**, entendido como o equilíbrio entre bem-estar coletivo e bem-estar individual, na busca do bem comum. Nesse caso é importante deixar claro que a interdependência também é fator central.

- **Emancipação**, a qual pode ser conceituada como “pensar por si mesmo” ou livrar-se da dominação/tutela do outro.

- **Esfera Pública**, espaço para a tomada de decisão coletiva, onde as pessoas podem ouvir e ser ouvidas.

- **Dialética^V Negativa de Adorno^{VI}**, que se dá na Esfera Pública mediando o Interesse Bem Compreendido e a Emancipação em busca do bem-comum.

- **Níveis de Consciência** de Paulo Freire: maneiras de como o indivíduo percebe a realidade.

Por outro lado, a Gestão Social é também um campo de práticas. As práticas existem antes da Gestão Social. Isso é muito comum nas ciências como um todo. A realidade existe em um primeiro momento e depois os pesquisadores procuram compreendê-la. No caso da Gestão Social, pro-

V Dialética é uma palavra com origem no termo em grego *dialektiké* e significa a arte do diálogo, a arte de debater, de persuadir ou raciocinar (Fonte: <https://www.significados.com.br/dialectica/> Acesso em 26/09/2017).

VI A Dialética Negativa de Adorno é derivada da dialética clássica de Hegel. A dialética clássica consiste em estabelecer uma Tese (uma proposta ou uma ideia), depois realizar uma Antítese (basicamente debater os prós e os contras da Tese) e enfim chegar a uma Síntese. A Síntese é o resultado da discussão e o ciclo se repete, a Síntese passa a ser a nova Tese. No caso da Dialética Negativa Adorniana (baseada na obra de Adorno, pensador alemão (mais informações em <http://www.infoescola.com/biografias/theodor-adorno/>), começa-se também com a Tese, seguida da Antítese, porém, sem Síntese. A Tese debate com a Antítese, buscando o aprimoramento das duas, sem finalizar o processo em uma Síntese. À primeira vista, pode parecer um debate improdutivo, pois não teria fim. Por outro lado, é um debate que se autorreforça, buscando o aprimoramento das ideias. Segundo Adorno (2009), a dialética negativa acontece “sem falsas sínteses”.

curam-se compreender as práticas, em um primeiro momento para descrevê-las, mas ao mesmo tempo para aprimorá-las, torná-las mais efetivas. Esse processo aproxima teoria e prática, pesquisador e comunidade e, principalmente, saber popular e saber científico.

No caso da Gestão Social por sua própria natureza, o pesquisador procura atuar em uma lógica próxima à “Aplicação Edificante do Conhecimento” (onde o pesquisador se vale de seu conhecimento para o desenvolvimento da sociedade) descrita pelo pesquisador português Boaventura de Souza Santos¹. Essa aplicação é conjugada com a Educação Dialógica de Paulo Freire^{2,3,4}, baseada no respeito do pesquisador ao saber local. Essas duas perspectivas incluem o cientista no tema pesquisado sempre respeitando e trabalhando com e não para a comunidade. Esses conceitos serão explicados detalhadamente, mais adiante, bem como uma proposta para implementá-los.

1 - Histórico da Gestão Social

A Gestão Social no Brasil, enquanto campo do conhecimento, surge em meados dos anos 1990. A principal referência é a criação do Programa de Estudos em Gestão Social da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas – PEGS/EBAPE/FGV em 1990. O PEGS é coordenado desde sua criação pelo professor Fernando Tenório.

O início da discussão da temática acontece em um contexto institucional, por meio do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e tem abrangência em toda a América Latina. Nesse contexto a Gestão Social é entendida como a Gestão de Políticas Públicas e Sociais. Exemplos dessa abordagem podem ser encontrados nos livros organizados por Bernardo Kliksberg (Pobreza: uma questão inadiável, novas respostas a nível mundial, 1994)⁵ e Rico e Raichelis (Gestão Social, uma questão em debate, 1999)⁶.

No Brasil a temática ganha outros contornos e se amplia, inicialmente pelos esforços do PEGS, como o texto de Tenório (Gestão social: uma perspectiva conceitual, 1998)⁷ que amplia a discussão da Gestão So-

cial para um modo de gestão contrário à gestão estratégica (ou gestão de empresas privadas, com fins de lucro).

No início dos anos 2000 um grupo de pesquisadores se reúne em São Paulo e propõe criar uma rede (Rede de Pesquisadores em Gestão Social – RGS) para realizar pesquisas sobre Gestão Social e Desenvolvimento Local. Posteriormente, em 2007, a rede ganha corpo e é realizado o primeiro Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social – ENAPEGS, em Juazeiro do Norte, estado do Ceará. Nesse encontro a rede é estabelecida de fato, porém, se mantendo informal. A informalidade da rede é considerada muito importante por diversos pesquisadores. A partir de 2007 a rede passou a se encontrar anualmente no ENAPEGS e as pesquisas sobre Gestão Social avançam, realizadas geralmente por meio de parcerias. A partir dessas interações surgiram outras questões (técnicas, burocráticas e políticas). A situação da RGS foi alterada no encontro da rede em maio de 2017 em Natal/RN. A partir de então a RGS passou a discutir seu estatuto, que deve ser votado em maio de 2018, em Juazeiro do Norte no X ENAPEGS.

Em Minas Gerais, existe desde 2007 o Encontro Mineiro de Administração Pública, Economia Solidária e Gestão Social – EMAPEGS, que em 2015 realizou sua quinta edição. Atualmente existem diversos periódicos, como as Revistas Administração Pública e Gestão Social – APGS, Cadernos Gestão Social – CGS, Nau Social e Revista Interdisciplinar de Gestão Social – RIGS e Revista de Gestão Social e Ambiental – RGSA. Podem ser encontrados no país diversos cursos de Gestão Social espalhados pelo país, de graduação, especialização e, inclusive, dois mestrados profissionais, um na Universidade Federal da Bahia (Salvador/BA) e outro no Centro Universitário UMA (Belo Horizonte/MG).

Esse intenso movimento de pesquisa no Brasil fez com que o desenvolvimento da Gestão Social possa ser considerado como um “conhecimento” genuinamente nacional (tupiniquim), fato raro no contexto da área de administração no país. Fica clara essa questão ao se fazer uma breve pesquisa em espanhol “*gestión social*”, “*gerencia social*” ou mesmo em inglês “*social management*” nas bases de dados internacionais. Os textos encontrados continuam considerando Gestão Social como Gestão de Políticas Públicas Sociais ou tratam de assuntos diversos aos que são

tratados na tradição de pesquisa brasileira. Certamente o próximo desafio para Gestão Social no país seja se aproximar de outras teorias discutidas em âmbito internacional. Os leitores devem se sentir convidados a contribuir nesse sentido.

Apesar desse desenvolvimento, a Gestão Social no país ainda não apresenta um consenso sobre seu significado. Houve um período de forte utilização da temática (2000-2010), onde a Gestão Social se apresentou com bastante polissemia (muitos significados diferentes)^{VII}. Nessa época, tudo que não era gestão tradicional poderia ser considerado como Gestão Social, gerando uma grande possibilidade de banalização do termo. Atualmente a polissemia vem diminuindo e o conceito vem ganhando corpo. Talvez o único consenso seja que a “participação” é central na Gestão Social, em outras palavras, se não há participação, não há Gestão Social. Porém, falta ainda delimitar de que “participação” se está falando. Pode-se adiantar, que a pesquisa participativa se apresenta como uma opção importante de investigação no campo. Esse tema será tratado adiante.

A Gestão Social está inscrita no “Campo de Públicas”, área do conhecimento que vem sendo discutida nos últimos anos no Brasil. Essa área seria oriunda da sobreposição das áreas de Direito, Administração, Economia e Ciências Sociais e seria um espaço multidisciplinar ou interdisciplinar de ensino e pesquisa que englobaria, além da Gestão Social, a Gestão Pública e as Políticas Públicas⁸.

O ENAPEGS desperta interesse na comunidade acadêmica brasileira, com número expressivo de participantes e submissões de textos. Em alguns desses eventos houve presença de palestrantes internacionais, buscando-se principalmente interlocução com a América Latina, Espanha e Portugal. Outra característica dos ENAPEGS é a diversidade de formatos dos trabalhos submetidos. Nas duas edições iniciais, além dos artigos científicos convidados, foram também realizadas oficinas. A partir da edição de 2010 o evento passa a aceitar também artigos de alunos de graduação e especialização *lato sensu*, denominados Artigos de Iniciação Científica/Trabalho de Conclusão de Curso – Artigos IC/TCC. Esse for-

VII Veja a tese de Cançado (2011), “Fundamentos teóricos da gestão social”, defendida no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Lavras - PPGA/UFLA. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/2753/1/TESE_Fundamentos%20te%C3%B3ricos%20da%20gest%C3%A3o%20social.pdf

mato tem o objetivo de abrir o evento para esse público, que geralmente tem dificuldade de participar de eventos científicos por serem pesquisadores iniciantes. Nessa mesma edição passaram a ser aceitos também trabalhos no formato de Relatos de Práticas. Esse formato tem o objetivo de trazer para o evento as organizações do terceiro setor e do Estado, que podem contribuir com suas experiências para o avanço da Gestão Social. Na edição de 2014, inicia-se o “Cine Gestão Social”, que compreende a submissão de filmes de curta, média e longa metragem de cunho socio-político-cultural que possam subsidiar processos de pesquisa e formação. Nessa edição foram aprovados 12 filmes, sendo 11 curta-metragem (até 30 minutos) e 1 longa metragem (mais de 60 minutos).

Em 2008, o Centro Universitário UNA de Belo Horizonte, Minas Gerais, inicia o Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local. Esse curso vem reforçar a formação em Gestão Social em nível de pós-graduação *stricto sensu*. Nota-se pelas nomenclaturas dos mestrados profissionais que ambos, o da UNA e o da UFBA, possuem a palavra desenvolvimento atrelada à Gestão Social.

Outro fato relevante desse ano foi o lançamento do Edital Pró-Administração (Pró-ADM) pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que teve como objetivo “Estimular no País a realização de projetos conjuntos de pesquisa e apoio à capacitação docente [...] na área de Administração”⁹. Entre as áreas prioritárias do Pró-ADM estava contemplada a Gestão Social. Ao final foram aprovados 4 projetos na temática. Dois desses projetos foram propostos por conjuntos de universidades que já compunham a RGS.

O ano de 2009, foi um ano importante para a Gestão Social no país, com 4 eventos relevantes: criação de 2 cursos, um periódico e a primeira edição de um evento. Dentro da perspectiva do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI são aprovados dois cursos vinculados a Escolas de Administração com foco na Gestão Social: Graduação Tecnológica em Gestão Pública e Social (Universidade Federal da Bahia – UFBA) e Administração Pública e Social (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS).

Nesse ano foi realizado o I Encontro Mineiro de Administração Pública, Economia Solidária e Gestão Social – I EMAPEGS, por meio da arti-

culação entre a Universidade Federal de Lavras – UFLA e a Universidade Federal do Viçosa – UFV (a quinta edição do EMAPEGS foi realizada em 2015, ver Quadro 1). Ainda em 2009 o Departamento de Administração e Contabilidade da UFV inicia a publicação do periódico Administração Pública e Gestão Social – APGS.

Porém, ainda em 2009, a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração transforma a Área de “Administração Pública e Gestão Socioambiental” em Área de “Administração Pública” e a Gestão Social deixa de ser uma temática específica nos eventos da principal associação de cursos de pós-graduação e pesquisadores em administração do país. Essa temática foi retomada em 2015, consistindo hoje no “Tema 11 – Interseções entre Gestão Pública e Gestão Social” na Divisão Administração Pública da ANPAD.

Em 2010, a partir de discussões realizadas pela RGS, é constituído o Observatório da Formação em Gestão Social – OFGS, sediado na Escola de Administração da UFBA. O OFGS é um projeto coletivo da RGS realizado por oito instituições parceiras: a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Federal do Cariri (UFCA), a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a Universidade de São Paulo (EACH/USP), a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Uma das primeiras ações do OFGS é a criação da Revista Nau Social^{VIII} no mesmo ano. A revista é dedicada à formação em Gestão Social e políticas públicas.

No ano seguinte, é criada a Revista Interdisciplinar de Gestão Social – RIGS^{IX}, também vinculada ao CIAGS e à Escola de Administração da UFBA, aumentando as possibilidades de publicação dos pesquisadores da área.

Na Universidade Federal do Ceará – Campus Cariri (UFC-Cariri), em Juazeiro do Norte/CE, tem início em 2011 um Curso de Bacharelado em Administração Pública com ênfase em Gestão Social. No projeto o

VIII <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/rs>

IX <http://www.rigs.ufba.br/index.php>

curso foi pensado com a nomenclatura de Gestão Pública e Gestão Social. Por motivos de registro o nome precisou ser modificado. Porém, o conteúdo do curso de manteve. Em 2013, o Campus Cariri da UFC adquire autonomia e se transforma na Universidade Federal do Cariri – UFCA.

Recentemente, em 2013, outro Edital da CAPES, em parceria com o Ministério da Integração Nacional, denominado Pró-Integração é lançado. Outro projeto de pesquisa relacionado à Gestão Social é aprovado em parceria entre a EBAPE/FGV, UFT e UFRRJ. Posteriormente foram agregadas outras instituições nacionais: UFLA, UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) e UNIJIÚ (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul). Esse projeto tem especial importância, pois pretende ampliar a discussão para outros países da América Latina, especialmente, Equador, Chile e Argentina.

Em 2014, no VIII ENAPEGS, foi lançado o “Dicionário para a Formação em Gestão Social”¹⁰, organizado pela Coordenadora do Observatório da Formação em Gestão Social, profa. Rosana Boulosa. Esse dicionário conta com a participação expressiva de membros da RGS e tem por objetivo mapear os principais conceitos identificados nos ENAPEGS realizados até então. O dicionário conta com uma versão interativa *on line*X. Nesse mesmo ENAPEGS a RGS decidiu que o evento seria bianual.

A reunião de 2015 da Rede de Pesquisadores em Gestão Social foi realizada em sob a organização da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC-Minas. Em 2016 foi realizado, entre 19 e 21 de maio o 9º ENAPEGS na cidade de Porto Alegre/RS, organizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com outras instituições locais.

A reunião de 2017 da Rede de Pesquisadores em Gestão Social foi realizada em sob a organização da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Dentre outras discussões, foi tomada a decisão de criação de uma associação para apoiar a rede.

O Quadro 1 apresenta uma síntese do percurso histórico apresentado.

X Ver <https://www.ufrb.edu.br/gestaopublica/arquivo-de-noticias/130-dicionario-para-a-formacao-em-gestao-social>.

Quadro 1 – Síntese Histórica da Gestão Social

Ano	Evento	Local	Instituição Responsável
1990	Criação do Programa de Estudos em Gestão Social – PEGS	Rio de Janeiro/RJ	EBAPE/FGV
1992	<i>Seminário Iberoamericano de Desarrollo de Profesores en Gerencia Social</i>	Santa Cruz de La Sierra, Bolívia	INDES/BID
1997	<i>Curso de Directivos en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales</i>	Washington D.C., Estados Unidos	INDES/BID
1998	Publicação do artigo “Gestão Social: uma perspectiva conceitual”	Revista de Administração Pública	Fernando Tenório – PEGS/EBAPE/FGV
2001	Criação do CIAGS/UFBA	Salvador/BA	EA/UFBA
2003	1ª Reunião da Rede de Pesquisadores em Gestão Social	São Paulo/SP	EAESP/FGV
2006	Primeira turma do Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social	Salvador/BA	CIAGS/EA/UFBA
2007	1º ENAPEGS	Juazeiro do Norte/CE	UFC
	Criação do Periódico Cadernos Gestão Social	Salvador/BA	CIAGS/EA/UFBA
2008	2º ENAPEGS	Palmas/TO	UFT
	Primeira turma do Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local	Belo Horizonte/MG	Centro Universitário UMA
	Lançamento do edital Pró-ADM da CAPES (Gestão Social uma das áreas contempladas)	Brasília/DF	CAPES
2009	3º ENAPEGS	Juazeiro/BA e Petrolina/PE	UNIVASF
	Criação do Curso de Graduação Tecnológica em Gestão Pública e Social	Salvador/BA	EA/UFBA
	Criação do Curso de graduação Administração Pública e Social	Porto Alegre/RS	EA/UFRGS
	1º EMAPEGS	Lavras/MG	UFLA
2009	Extinção da temática específica da Gestão Social ANPAD (Extinta em 2009)	São Paulo/SP	Área de Administração Pública da ANPAD
	Criação do Periódico Administração Pública e Gestão Social – APGS	Lavras/MG	UFV

Ano	Evento	Local	Instituição Responsável
2010	4º ENAPEGS	Lavras/MG	UFLA
	2º EMAPEGS	Viçosa/MG	UFV
	Criação do Observatório da Formação em Gestão Social - OFGS	Salvador/BA	EA/UFBA
	Criação da Revista Nau Social	Salvador/BA	OFGS /EA/UFBA
2011	5º ENAPEGS	Florianópolis/SC	UDESC
	3º EMAPEGS	Lavras/MG	UFLA
	Criação do Curso de Graduação em Administração Pública: Gestão Pública e Social	Juazeiro do Norte/CE	UFCA
	Criação da revista Interdisciplinar em Gestão Social -RIGS	Salvador/BA	CIAGS/EA/UFBA
2012	6º ENAPEGS	São Paulo/SP	PUC-SP
2013	7º ENAPEGS	Belém/PA	UNAMA
	4º EMAPEGS	Viçosa/MG	UFV
2014	8º ENAPEGS	Cachoeira/BA	UFRB
	Lançamento do Dicionário para a Formação em Gestão Social	Cachoeira/BA	OFGS/EA/UFBA
2015	5º EMAPEGS	Lavras/MG	UFLA
	Volta da temática específica sobre Gestão Social na ANPAD por meio da criação do Tema “Interseções entre Gestão Pública e Gestão Social”	Belo Horizonte/MG	Área de Administração Pública da ANPAD
	Reunião da Rede Pesquisadores em Gestão Social	Belo Horizonte/MG	PUC-Minas
2016	9º ENAPEGS	Porto Alegre/RS	UFRGS e outras parcerias regionais
2017	Reunião da Rede Pesquisadores em Gestão Social	Natal/RN	UFRN
	Curso em Gestão Social (EaD)	Fortaleza/CE	Fundação Demócrito Rocha
2018	10º ENAPEGS (a ser realizado em maio de 2018)	Juazeiro do Norte/CE	UFCA

Quadro 1 – Síntese dos principais eventos da evolução da Gestão Social no Brasil.

Fonte: Adaptado de Cançado e Pozzebon¹¹.

Como se pode ver, existe todo um contexto histórico do campo de conhecimento da Gestão Social, que ainda está em desenvolvimento. Na próxima seção será realizada a apresentação conceitual da Gestão Social.

2 - O que é Gestão Social?

Antes da definição de Gestão Social, é importante tratar de participação e seus desdobramentos para a Gestão Social.

2.1 Participação

A Gestão Social é centrada na participação, esse é um conceito importante para a temática. Porém, de participação estamos falando? Apenas para exemplificar, iremos apresentar tipos extremos de participação, é claro que sempre pode haver meio termo. O objetivo é introduzir o debate.

Tipo de Participação	Vantagens	Desvantagens
Direta	O participante participa efetivamente e de forma ativa. Fala e é ouvido. Ideal para pequenos grupos.	É difícil ser executada em grandes grupos por motivos de local para acontecer e tempo.
Indireta	Mais simples, pois aos representantes eleitos é delegado o poder de decisão. Ideal para grandes grupos	O participante, de certa forma, não participa. Representar um grupo é muito difícil pela possibilidade da diferença de opiniões. Isso pode levar o representante a representar o que ele “acha” que o grupo quer ou representar a ele mesmo.
Presencial	As pessoas se vêm e se conhecem pessoalmente, conhecendo a opinião e os argumentos dos demais. A chance de debate é maior.	Problemas de deslocamento, local e tempo podem inviabilizar a presença, levando à não participação.
Não presencial	Posso participar de onde estiver, para isso as tecnologias de informação e comunicação podem ajudar (celular, por exemplo).	As pessoas não se conhecem e dificilmente terão “tempo” para ver a opinião dos outros. A chance do debate diminui e pode se transformar em meras “votações”.
Obrigatória	As pessoas são impelidas a participar e dependendo da punição, a participação tende a ser maior.	A participação aqui é vista como um dever, ou mesmo um problema na medida em que as pessoas não estão participando por vontade própria.
Não obrigatória	Quem participa está realmente querendo participar.	A participação pode ser baixa, pois pode ficar em segundo plano (<i>free rider</i>).
Síncrona	As opiniões e decisões acontecem durante o período da participação. Se tem acesso instantâneo ao debate.	Pode ser difícil marcar um horário que atenda à todas pessoas, principalmente se a participação for não obrigatória.
Assíncrona	Até o fim do período não se tem acesso ao debate como um todo.	Por ser mais flexível, a participação pode ser maior se adequando aos horários de cada um.

Quadro 2 – Vantagens e Desvantagens dos Tipos de Participação.

Fonte: Cançado, Silva Jr e Cançado¹².

Inicialmente pode-se pensar que a participação Direta, Presencial e Síncrona seja impossível para um número maior de pessoas. Porém, se considerarmos as Tecnologias da Informação e Comunicação disponíveis (e as que ainda virão), podemos relativizar essa visão. Pelas vantagens e desvantagens observadas a questão da escalaridade, ou seja, o tamanho do grupo e do seu território seja o ponto chave. Nesse sentido, temos de entender a relação entre escalaridade e gestão social.

Começa-se com uma pergunta. A Gestão Social está confinada à gestão de curto espectro territorial, em escala local, ou seria possível pensar a Gestão Social como possibilidade para a gestão de espaços maiores como um estado ou um país de grandes dimensões como o Brasil?

Neste sentido, aproximou-se o conceito de Gestão Social do de Governança Territorial, quando ficou claro o problema pouco discutido da escalaridade na Gestão Social. Segundo Cançado, Tavares e Dallabrida (2013, p.11, grifos do original)¹³ governança territorial pode ser definida como

[...] um processo de planejamento e gestão de dinâmicas territoriais, priorizando uma ótica inovadora, partilhada, colaborativa e relações não hierárquicas, em associação entre Estado, entidades sindicais, associações empresariais, centros universitários e de investigação, municípios e representações da sociedade civil, fundamentado num papel insubstituível do Estado, numa concepção qualificada de democracia e num maior protagonismo da sociedade civil, objetivando acordar uma visão compartilhada para o futuro e desenvolvimento dos territórios.

Nesse texto, que aproxima os conceitos pelos adjetivos (territorial e social) o principal avanço é a diferença na relação com o Estado. Na governança territorial o Estado tem um papel central. Na Gestão Social o Estado é relevante e bem-vindo, porém, pode haver Gestão Social para além do Estado e, se necessário, à revelia dele. Nessa perspectiva a Gestão Social se apresenta como uma possibilidade concreta de controle social. Controle social aqui entendido como o controle do Estado pela sociedade, tanto em termos de planejamento, quanto de execução e avaliação.

Portanto, quando se fala em local, não está se circunscrevendo o conceito à rua, ao bairro ou mesmo à cidade. O universo de análise é mais amplo e abstrato, podendo estar relacionado a várias escalas de poder, consideradas isoladamente ou em conjunto, em um ou mais territórios¹⁴.

O local pode ser considerado como como *locus* (espaço) privilegiado para a Gestão Social, não apenas no âmbito geográfico, mas, fundamentalmente, pelas particularidades culturais e identitárias de cada comunidade, “(...) a gestão social tem por foco a mudança da morfologia do social em uma perspectiva de desenvolvimento local integrado”¹⁵.

Complementando, a Cidadania Deliberativa^{XI}, na perspectiva habermasiana, é o processo pelo qual se desenvolve a Gestão Social. Neste sentido, boa parte dos trabalhos acadêmicos sobre Gestão Social classifica a participação como um processo central na Gestão Social, de forma que se pode considerar que esse seja um dos únicos consensos sobre o conceito. Pode-se afirmar que se não houver participação não há Gestão Social.

Para que isso aconteça atenta-se para a importância da mudança necessária na relação entre sociedade e Estado. Conforme sustenta Tenório (2008b)¹⁶, a sociedade deve ser a protagonista da relação. Não há Estado sem sociedade, sendo ele, inclusive, uma criação dela. A sociedade escolheu se organizar dessa forma e a própria sociedade escolhe quem vai lhe representar no Estado. Assim, a participação não pode ser concedida, ela deve ser “uma prerrogativa”. Segundo Carrion¹⁵, o Estado, além de criar espaços para a participação, deve também criar condições objetivas para que ela se efetive. Esses talvez sejam os maiores desafios para uma Gestão Pública mais próxima da sociedade. Por um lado, o “eleito” se acha no direito (“legitimado” pelas urnas) de “comandar” ou “deliberar”, pois foi escolhido pelo povo para isso. Por outro lado, a participação vai além da “urna eletrônica”, a eleição não pode ser considerada o fim

XI Considera-se cidadania deliberativa, no sentido habermasiano, basendo-se nos textos de Tenório (2008a; 2008b, dentre outros). Em síntese a cidadania deliberativa aqui é entendida como o exercício da cidadania (direitos e deveres), no sentido de deliberar (decidir). Nesse processo, escutar e opinar são interdependentes para que se possa chegar a um entendimento para além da negociação rasteira (troca de favores: vote comigo hoje que voto com você amanhã), ou do consenso forçado (muitas vezes pela longa duração do processo).

da participação, ele é uma parte do processo. Esse é um dos entraves da Participação Indireta (ou representativa).

Pode-se partir daí para avançar nessa discussão no sentido de tentar entender qual participação se requer na Gestão Social ou, mais especificamente, que tipo de participação se está discutindo. Se essa participação se estende à representação, como na democracia representativa atualmente experimentada, poderia se pensar em uma Gestão Social via representação, o que tornaria possível uma amplitude muito maior em termos de escalaridade. Porém, a representação apresenta problemas diversos em sua operacionalização, vinculados à efetividade da representação, para os quais já existe uma vasta literatura. Esse ponto não será aprofundado aqui, pois não é central para o entendimento da proposta. Mas, neste sentido, pode-se dizer que a representação, de certa forma, tem o risco de esvaziar a Gestão Social, transformando-a em uma Gestão Social Local submetida aos prováveis desmandos da representação, ou ao que Lüchmann¹⁷ chama de representação virtual, que consiste na defesa de interesses de pessoas que não autorizaram essa defesa, ou que, mesmo simpáticos a ela, carecem de qualquer mecanismo estável para controlá-la ou comunicar-lhe preferências.

Se, por outro lado, essa participação for restringida à participação direta, *a priori*, a Gestão Social estaria confinada ao âmbito local, dadas as incapacidades óbvias da reunião de um grande grupo de pessoas em um mesmo lugar e na própria manifestação de cada uma dessas pessoas. Uma alternativa seria a utilização das tecnologias da informação e comunicação para tornar possível a participação direta em níveis mais amplos.

Em termos práticos, pode-se pensar no telefone celular, cujo acesso é praticamente universal (pelo menos no Brasil). As pessoas poderiam ser consultadas de forma relativamente segura e rápida por meio dos seus aparelhos e, ainda, poderiam opinar e sugerir por meio deles, participando, assim, ativamente, inclusive das proposições^{XII}. Obviamente, tal ideia é apenas uma alternativa que, se adotada, precisará de inúmeros “ajustes” até ser operacionalizada. Não se quer discutir aqui nem o *hardware*

XII Uma iniciativa nesse sentido é o aplicativo para celular Mudamos+, veja o site: <https://www.mudamos.org/>

(equipamento) nem o *software* (programa ou aplicativo) a ser utilizado, o que se apresenta é uma solução possível e plausível, pois é inviável a realização de consultas periódicas à população nos moldes de hoje (urna eletrônica, por exemplo).

Outro aspecto a ser levantado é a discussão sobre se as pessoas “sabem” ou não participar e se podem ou não ser manipuladas nesse processo, legitimando decisões já tomadas. Essa é a opinião de alguns pesquisadores, como Pinho¹⁸. O que se defende, na perspectiva da Gestão Social, é que as pessoas têm o “direito” (no sentido amplo do termo) de participar das decisões que irão afetar suas vidas.

Aqui se inclui a perspectiva do *learning by doing* (aprender fazendo, em tradução livre) sugerida por diversos autores^{XIII}. Participar se aprende participando, Gestão Social se aprende fazendo parte do processo. Se aprende durante e não antes ou depois, na linha de Paulo Freire^{XIV}. Outra forma de discutir essa questão é considerando as possibilidades da participação periférica legítima¹⁹. Nessa perspectiva, as pessoas que fazem parte do processo decisório aceitam os novatos ainda inexperientes que, mesmo periféricos no início, são legítimos enquanto participantes. A partir de sua participação deixam de ser periféricos em uma espiral para o centro. Esse é o processo de entrada no sentido do *learning by doing*.

Apresenta-se aqui, então, uma agenda de pesquisa relacionada à participação por meio das tecnologias de informação e comunicação, bem como das linguagens utilizadas nesse processo, no sentido de permitir a participação mais ampla possível. Emerge, nessa perspectiva, a importância do conceito de redes para a discussão, em especial as chamadas redes sociais. Bons exemplos da possibilidade de uso dessas tecnologias são a chamada “Primavera Árabe”^{XV} e as manifestações de junho de 2013, no Brasil.

Essa participação proposta tem as características do controle social, ou seja, participa-se efetivamente (e diretamente) da gestão pública,

XIII Como Boullosa e Schommer (2008; 2009), Boullosa (2009), Araújo (2012) e Cançado (2013a).

XIV Sugere-se, para a compreensão mais profunda da proposta de Paulo Freire a leitura dessas obras: Freire (1987; 1996; 2001).

XV Veja aqui um pequeno resumo da chamada Primavera Árabe: <https://guiadoestudante.abril.com.br/estudo/primavera-arabe-resumo/>

aproximando a população dos gestores eleitos. Uma boa definição seria o título do Livro de Pedro Demo “Participação é Conquista”²⁰.

Na seção seguinte apresentaremos o conceito de Gestão Social, suas categorias e a aproximação teórica desenvolvida.

2.2 Gestão Social: Aproximação teórica e agenda de pesquisa

Essa foi, provavelmente, a pergunta central a ser tratada neste capítulo. É interessante relatar que alguns pesquisadores preferem não definir Gestão Social para não limitar suas possibilidades de desenvolvimento, como se o conceito “engessasse” as possibilidades práticas e teóricas em Gestão Social. A posição aqui é diferente. Dessa forma faremos uma “escolha teórica” para a definição de Gestão Social, sempre destacando que existem outras perspectivas^{XVI}. A que será usada aqui é baseada em trabalhos anteriores e ainda em curso pelos autores. Não quer dizer que seja a melhor, nem a pior, mas de certa forma é a mais objetiva. Nesse sentido, também mais fácil de ser contestada, colocada à prova e, portanto, modificada. Acredita-se que esse é o caminho para o desenvolvimento teórico e prático da Gestão Social.

Inicialmente apresenta-se uma definição baseada nas características da Gestão Social, que pode ser definida como “[...] a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto e na emancipação enquanto fim último”²¹.

Cançado, Tenório e Pereira²² esclarecem essas características.

Para que a decisão seja efetivamente coletiva, ela deve ser livre de coerção e todos devem ter a liberdade de manifestar o que pensam¹⁶. Além disso, a tomada de decisão é baseada no entendimento, na argumentação e não na negociação no sentido utilitário do termo. [...] Estas condições são interdependentes, pois, se a decisão é realmente coletiva, a coerção é estranha ao processo, e o entendimento (e não a negocia-

XVI Nesse sentido veja Fischer (2002), França Filho (2003), Bouldosa e Schommer (2008; 2009) e Bouldosa (2009) e Araújo (2012). Essas perspectivas não são exatamente contrárias as apresentadas aqui, apresentam também características de complementariedade.

ção) deve ser seu caminho. Emerge aqui a dialogicidade como outra característica da gestão social.

A transparência surge como condição necessária para as outras características, pois o segredo e a assimetria de informação tornam inviável a tomada de decisão coletiva baseada no entendimento esclarecido. Neste sentido, a linguagem deve ser inteligível a todos os participantes.

Baseado em Freire^{2,3,4} e Tenório²³, temos a emancipação do homem como fim da gestão social, baseada nas características anteriores, no processo democrático deliberativo e no exercício pleno da cidadania. A participação efetiva no processo de tomada de decisão traz crescimento e amadurecimento para os atores^{2,3,4}, que ampliam sua visão de mundo enquanto seres humanos dotados de razão e cidadãos participantes de uma esfera pública.

As características discutidas acima podem ser consideradas como um tipo ideal weberiano^{XVII}, pois as relações de poder, desigualdades sociais e culturais podem facilmente nos levar a crer que estas características são impossíveis (ou pelo menos improváveis) de se verificar de forma plena na prática. Ser apresentada como tipo ideal não diminui a importância da construção teórica acerca da gestão social, pois pode-se argumentar que todos os tipos de gestão podem ser enquadrados como tipos ideais. O próprio processo de gestão social, por meio da sua potencialidade iminente de emancipação, tende a aumentar as possibilidades destas características se apresentarem. Em outras palavras, a gestão social enquanto prática, norteadas por estas características, ao ampliar as possibilidades de emancipação, tende a reforçá-las.

Pode-se notar que as características apresentadas têm como ponto central a participação em sentido amplo, conforme discutido anterior-

XVII Tipo ideal weberiano pode ser definido como um “ideal” que nunca será alcançado, mas que serve de norte para o desenvolvimento de um conceito/prática/teoria. Por exemplo, não se pode dizer que a Emancipação plena existe na prática, mas que determinados indivíduos estão mais ou menos próximos do ideal de Emancipação, dadas suas características teóricas.

mente. A partir dessas características Cançado, Pereira e Tenório²⁴ apresentam uma aproximação teórica^{XVIII} para a Gestão Social. Essa é a mais recente tentativa de delimitar o “campo” da Gestão Social.

A abordagem adotada aqui segue a linha de Tenório^{7,23,16,25}, desenvolvida em Cançado (2011; 2013a)^{21,26} e Cançado, Pereira e Tenório^{27,24} e parte do princípio que a Gestão Social pode ser representada pelas categorias teóricas: Interesse Bem Compreendido, Esfera Pública e Emancipação; organizadas pela dialética negativa adorniana, conforme Figura 1. É importante deixar claro que, segundo Cançado, Pereira e Tenório²⁴, as categorias teóricas também são tipos ideias weberianos. Outra consideração dos autores é a necessidade de revisão e discussão dessa aproximação teórica. Eles a consideram como “escrita a lápis”, ou seja, passível de revisão e de discussão.



Figura 1 – Aproximação Teórica para a gestão social.

Fonte: adaptado de Cançado, Pereira e Tenório²⁴.

O Interesse Bem Compreendido – IBC^{XIX} de Tocqueville²⁸ foi apresentado ao descrever a sociedade norte-americana no Século XIX. O autor parte do contraste entre aristocracia (marcada pela desigualdade natural e a hierarquia) e democracia (marcada pela igualdade, sem hierarquia). O IBC só pode acontecer em um contexto democrático²⁹. Ainda segundo Jasmin²⁹ a “[...] participação na esfera pública [é] o que define a

XVIII Esta aproximação teórica está em sua segunda versão, a primeira está em Cançado, Pereira e Tenório (2013).

XIX A exposição sobre Interesse Bem Compreendido será mais longa que as demais, pois os outros conceitos já possuem uma ampla literatura e são mais bem definidos.

natureza política do governo democrático e não o conteúdo popular de suas medidas ou as ‘formas exteriores’ de suas instituições”.

O IBC parte da premissa que o bem-estar coletivo é pré-condição para o bem-estar individual, desta forma, ao defender os interesses coletivos, em última instância, o indivíduo está defendendo seus próprios interesses. Em outras palavras, utilizando a terminologia do autor, “a virtude é útil”²⁸.

Mas, à medida que a imaginação voa menos alto e cada um se concentra em si mesmo, os moralistas se assustam ante a ideia do sacrifício e não mais ousam oferecê-lo ao espírito humano; reduzem-se, então, a indagar se a vantagem individual dos cidadãos não seria trabalhar para a felicidade de todos, e, depois de terem descoberto um destes pontos em que o interesse particular vem encontrar-se com o interesse geral e confundir-se com ele, apressam-se a trazê-lo à luz. O que era apenas uma observação isolada torna-se uma doutrina geral, e acredita-se afinal perceber que o homem, servindo aos seus semelhantes, serve a si mesmo, e seu interesse particular é fazer o bem²⁸.

O que pode parecer uma utopia, ou pelo menos um otimismo exagerado, pode ser encarado, também, como uma maneira interessante de relacionar os interesses público e privado. Segundo Frey³⁰, analisando o conceito toquevilliano de IBC,

É a virtude que deve ser fomentada para as sociedades poderem chegar a alcançar a liberdade, o que na sociedade mercantil-burguesa só será possível se os cidadãos passarem a identificar o exercício da liberdade política na esfera pública com seus próprios interesses privados.

Em uma perspectiva próxima à de Frey³⁰ e Gahyva (2006, p. 564)³¹ argumenta que o IBC impeliria os cidadãos à arena pública, pois, «a aposta toquevilliana [...] implicava a possibilidade de fundar uma solidariedade social a partir do exercício do autointeresse esclarecido dos indivíduos democráticos».

Um exemplo prático dessa situação com implicações para a Gestão Pública é apresentado por Barbacena³², em relação ao instrumento jurídico da Ação Popular.

Essencial é a natureza impessoal da Ação Popular, onde o interesse que é defendido é o interesse da coletividade, interesse público. Interessante apontar que tal finalidade da Ação Popular coincide com a doutrina do ‘interesse bem compreendido’ de Tocqueville, ou seja, um sentimento segundo o qual a promoção do bem-estar coletivo refletirá no bem-estar individual. A lógica do interesse bem compreendido é no sentido de que se transmite ao cidadão a responsabilidade pela Administração e fiscalização das questões públicas, estimulando a participação política via ação conjunta e reforçando os laços de interdependência entre os indivíduos³².

O IBC reforça a questão da interdependência entre os indivíduos no sentido de perceber a dinâmica da sua própria atuação na esfera pública, não no sentido de ser altruísta ou mesmo assistencialista, mas no sentido de (re)construção coletiva do espaço público com a intenção clara de conseguir o bem-estar coletivo e por consequência o bem-estar individual. São, na verdade, ocasiões onde os indivíduos percebem “[...] que dependem uns dos outros, afastando aquele sentimento egocêntrico e de independência que os induz a confundir liberdade com autossuficiência privada”³².

Assim, o IBC estaria assentado na solidariedade^{XX} em seu sentido correto^{XXI}, ou seja, o de interdependência entre os indivíduos e não a solidariedade no sentido da “ajuda altruísta”.

Nossa ideia de solidariedade remete a uma ação humana que corresponde à noção elevada de que o melhor para alguém só se obtém de maneira sustentável se for também

XX Veja os significados de solidariedade do Dicionário Aurélio online: “1 - Qualidade do que é solidário. 2 - Dependência mútua. 3 - Reciprocidade de obrigações e interesses. 4 - Direito de reclamar só para si o que se deve a todos”. Disponível em: <https://dicionarioaurelio.com/solidariedade>. Acesso em: 27 Sep. 2017.

XXI Veja o significado do termo no Dicionário Aurélio: “1 - Qualidade do que é solidário. 2 - Dependência mútua. 3 - Reciprocidade de obrigações e interesses. 4 - Direito de reclamar só para si o que se deve a todos. Disponível em: <https://dicionarioaurelio.com/solidariedade>. Acesso em: 29 Sep. 201

o melhor para o outro; que não é possível obter bens como qualidade de vida, que inclui segurança, por exemplo, uma preocupação muito atual, se não for uma conquista social³³.

A Emancipação se apresenta em seu sentido clássico, como livrar-se da tutela de alguém³⁴, destacando que a Emancipação não vem de fora³⁵, porém, ela pode ser “fomentada”, em processos de democratização³⁶. Em um sentido mais direto, a Emancipação aqui é entendida como “pensar por conta própria” e expor essa opinião sem coerção.

Dessa forma, não se pode “emancipar” alguém, mas pode-se fomentar essa emancipação. Uma proposta será apresentada na seção seguinte.

Em relação à Esfera Pública, esse espaço deve aproximar novamente as pessoas da política. Essa aproximação se dá por meio dialética negativa adorniana entre Emancipação e Interesse Bem Compreendido. A Esfera Pública tem as características da Gestão Social apresentadas. A Gestão Social busca a base para a construção de uma Esfera Pública onde a tomada de decisão seja coletiva, sem coerção, baseada na transparência, dialogicidade e intersubjetividade^{XXII}.

Transparência em relação às informações com três características básicas: veracidade (informações verdadeiras), temporalidade (as informações devem estar disponíveis antes da tomada de decisão) e qualidade (as informações devem estar em um formato no qual as pessoas consigam entender). A dialogicidade se refere ao diálogo, ou seja, fala-se, mas escuta-se também. Por fim a intersubjetividade se refere a uma linguagem comum que permita a qualidade da informação. Por exemplo, termos técnicos estranhos ao público devem ser “traduzidos” sem perda do conteúdo. Dessa forma a transparência, a dialogicidade e a intersubjetividade são conceitos intrinsecamente complementares.

XXII Para complementar o entendimento dessa proposta, sugere-se a leitura de Cançado, Pereira e Tenório (2015). O objetivo aqui é apresentar em linhas gerais a proposta. Outros temas que podem ajudar na compreensão da proposta são a Teoria da Ação Comunicativa e a da Racionalidade Substantiva. Para a Teoria da Ação Comunicativa ver Habermas (2012a; 2012b), para a Racionalidade Substantiva ver Ramos (1981). Serva (1997) faz a junção das teorias sobre a denominação de Ação Racional Substantiva, utilizada por Cançado (2011) na definição das categorias teóricas para a Gestão Social.

Como a Figura 1 sugere, a Esfera Pública é o ponto de confluência entre o desenvolvimento do Interesse Bem Compreendido e da Emancipação. É o espaço do debate e da participação onde se constrói o entendimento acerca do bem comum. Importante ressaltar que esse bem comum não sai de um grupo de especialistas, mas da população como um todo de forma que se pode dizer que o que se entende por bem comum não está dado anteriormente, mas “surge” no processo de discussão.

Por fim, realizando a interação entre as categorias teóricas, está a dialética negativa de Adorno³⁷, que pode ser apresentada como a tese e a antítese, sem pretensão de síntese, ou como prefere o autor, sem “falsas sínteses”. A dialética negativa adorniana nesse contexto tem um importante papel, pois possibilita uma forte interação entre Interesse Bem Compreendido e Emancipação, de forma que um avanço em uma das categorias teóricas pode contribuir para o avanço na outra (por isso a seta de duplo sentido). Assim as categorias se reforçam à medida em que acontecem na Esfera Pública com as características apresentadas. Da mesma forma, caso uma das categorias seja insuficiente, isso também afeta a outra. A Gestão Social se (re)constrói a cada nova interação entre os participantes e a cada chegada de novos integrantes (participação periférica legítima).

Esse processo apresenta a dinâmica de funcionamento da aproximação teórica. Da mesma forma que um espaço pode se desenvolver como Gestão Social ele pode também perder as suas características a partir da desconstrução de alguma das categorias teóricas. Outro desdobramento é que não se pode dizer que em determinado espaço “acontece” ou “existe” Gestão Social. É mais apropriado falar em intensidade, desenvolvimento ou retrocesso da Gestão Social em uma determinada Esfera Pública.

Surge então uma questão de ordem prática. Como entender a intensidade da Gestão Social em determinado espaço ou determinada organização. Em Cançado, Pereira e Tenório²⁴ é sistematizada uma propos-

ta, baseada em Villela³⁸ para identificação da Gestão Social em organizações baseadas nos critérios de Cidadania Deliberativa^{XXIII}.

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Crítérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
<p>Processo de discussão: discussão de problemas através da autoridade negociada na esfera pública. Pressupõe igualdade de direitos e é entendido como um espaço inter-subjetivo e comunicativo que possibilita o entendimento dos atores sociais envolvidos.</p>	<p>Canais de difusão: existência e utilização de canais adequados ao acesso à informação para a mobilização dos potenciais participantes.</p>	Transparência e Inteligibilidade
	<p>Qualidade da informação: diversidade, clareza e utilidade da informação proporcionada aos atores envolvidos.</p>	Transparência e Inteligibilidade
	<p>Espaços de transversalidade: espaços que atravessam setores no intuito de integrar diferentes pontos de vista.</p>	Dialogicidade; Entendimento
	<p>Pluralidade do grupo promotor: compartilhamento da liderança a fim de reunir diferentes potenciais atores.</p>	Tomada de decisão coletiva sem coerção; Dialogicidade
	<p>Órgãos existentes: uso de órgãos e estruturas já existentes evitando a duplicação das estruturas.</p>	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	<p>Órgãos de acompanhamento: existência de um órgão que faça o acompanhamento de todo o processo, desde sua elaboração até a implementação, garantindo a coerência e fidelidade ao que foi deliberado de forma participativa.</p>	Transparência e Inteligibilidade
	<p>Relação com outros processos participativos: interação com outros sistemas participativos já existentes na região.</p>	Entendimento; Dialogicidade

XXIII Existem diversas pesquisas na Universidade Federal do Tocantins no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - PPGR/UFT (mestrado e doutorado acadêmicos) e no Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas - GESPOL/UFT, utilizando essas categorias para identificar a Gestão Social em organizações, especialmente em Conselhos Gestores de Políticas Públicas.

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Crítérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
Inclusão: incorporação de atores individuais e coletivos anteriormente excluídos dos espaços decisórios de políticas públicas.	Abertura dos espaços de decisão: processos, mecanismos, instituições que favorecem a articulação dos interesses dos cidadãos ou dos grupos, dando uma chance igual a todos de participação na tomada de decisão.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Aceitação social, política e técnica: reconhecimento pelos atores da necessidade de uma metodologia participativa, tanto no âmbito social, quanto no político e no técnico.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Dialogicidade
	Valorização cidadã: valorização por parte da cidadania sobre a relevância da sua participação.	Entendimento
Pluralismo: multiplicidade de atores (poder público, mercado e sociedade civil) que, a partir de seus diferentes pontos de vista, estão envolvidos no processo de tomada de decisão nas políticas públicas.	Participação de diferentes atores: atuação de associações, movimentos e organizações, bem como cidadãos não organizados, envolvidos no processo deliberativo.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Perfil dos atores: características dos atores em relação às suas experiências em processos democráticos de participação.	Tomada de Decisão coletiva, sem coerção
Igualdade participativa: isonomia efetiva de atuação nos processos de tomada de decisão nas políticas públicas.	Forma de escolha de representantes: métodos utilizados para a escolha de representantes.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção
	Discursos dos representantes: valorização de processos participativos nos discursos exercidos por representantes.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Avaliação participativa: intervenção dos participantes no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas.	Tomada de Decisão coletiva sem Coerção; Entendimento
Autonomia: apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas.	Origem das proposições: identificação da iniciativa das proposições e sua congruência com o interesse dos beneficiários das políticas públicas adotadas.	Tomada de Decisão Coletiva sem Coerção; Entendimento
	Alçada dos atores: intensidade com que as administrações locais, dentro de determinado território, podem intervir na problemática planejada.	Tomada de Decisão Coletiva sem coerção

Villela (2012)		Cançado, Tenório e Pereira (2011)
Categorias	Crítérios	Característica da Gestão Social a ser identificada
Autonomia: apropriação indistinta do poder decisório pelos diferentes atores nas políticas públicas.	Perfil da liderança: características da liderança em relação à condução descentralizadora do processo de deliberação e de execução.	Tomada de Decisão coletiva, sem Coerção; Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Possibilidade de exercer a própria vontade: instituições, normas e procedimentos que permitam o exercício da vontade política individual ou coletiva.	Tomada de Decisão Coletiva, sem coerção
Bem comum: bem-estar social alcançado através da prática republicana.	Objetivos alcançados: relação entre os objetivos planejados e os realizados.	Transparência e Inteligibilidade; Entendimento
	Aprovação cidadã dos resultados: avaliação positiva dos atores sobre os resultados alcançados.	Entendimento

Quadro 3 – Relação entre os Crítérios de Análise para a Cidadania Deliberativa e as características da Gestão Social.

Fonte: Cançado, Pereira e Tenório²⁴.

A Gestão Social se encontra em pleno desenvolvimento por meio de pesquisadores (e suas redes), universidades e programas de pós-graduação espalhados pelo Brasil. Já existem algumas publicações internacionais desses pesquisadores, mas ainda são poucas, a tendência é aumentarem nos próximos anos.

Cançado, Pereira e Tenório²⁴ propõem uma “Agenda de Pesquisa” para a Gestão Social. Parte dela já está em andamento.

Agenda de Pesquisa	Objetivo(s)
Desenvolvimento de Intergorganizações e Comunidades de Prática	Desenvolver caminhos para “incentivar” a constituição de Intergorganizações e de Comunidades de Prática, preferencialmente de forma complementar
Primeiro paradigma para a Gestão Social	Construir o primeiro paradigma para a Gestão Social
	Demonstrar que a Gestão Social é multiparadigmática
Escalaridade da Gestão Social	Identificar as possibilidades de escalaridade da Gestão Social com relação à participação direta e indireta
	Identificar possibilidade de uso de tecnologias da informação e comunicação para participação direta no âmbito da Gestão Social

Agenda de Pesquisa	Objetivo(s)
Quadro de Análise (Quadro 3) para identificar a Gestão Social	Aprimorar o quadro de análise
	Criar ferramentas e mecanismos para utilização do quadro de análise
	Utilizar o quadro de análise em diferentes organizações de forma a verificar suas possibilidades de Gestão Social

Quadro 4 – Síntese da Agenda de Pesquisa proposta.

Fonte: adaptado de Cançado, Pereira e Tenório²⁴ e Cançado, Rigo e Pinheiro³⁹.

A essa Agenda de Pesquisa, levando-se em conta que a participação social é provavelmente o único consenso firmemente estabelecido entre os pesquisadores do campo, propõe-se a pesquisa participativa como uma interessante possibilidade de investigação. Essa proposta é calcada na Educação Dialógica/Práxis freirianas, bem como no Interesse Bem Compreendido e na Emancipação como categorias da Aproximação Teórica para a Gestão Social. Na seção seguinte será apresentada uma proposta para “fomentar” a Emancipação/IBC no sentido de desenvolvimento da Gestão Social. A proposta é baseada na obra de Paulo Freire.

2.3 Proposta baseada em Freire de Fomento à Emancipação e IBC via dialética negativa

A proposta de desenvolvimento da Emancipação e do IBC via dialética negativa repousa nos níveis de consciência de Paulo Freire, dessa forma, iremos iniciar com sua apresentação.

Paulo Freire trata dos níveis de consciência em seu livro **Pedagogia do Oprimido**² e consolida as categorias de análise no trabalho **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**⁴. O autor se apropria do instrumental de análise para estabelecer uma relação dialética entre a cultura do silêncio e a cultura dominante. Cultura do silêncio entendida como aceitação das relações de dominação e o próprio reconhecimento de que há uma cultura dominante. A cultura do silêncio é uma reação da classe oprimida “[...] para defender-se, preservar-se, sobreviver”⁴.

A base do conceito de níveis de consciência é a percepção que o ser humano tem da realidade. São três níveis, consciência semi-intran-

sitiva, consciência transitivo-ingênua e consciência crítica. Os níveis de consciência não são estanques (separados) e sim contínuos, “[...] não existindo fronteiras rígidas entre uma modalidade e outra de consciência”⁴, a mesma pessoa pode transitar entre os níveis, dependendo da situação.

A consciência semi-intransitiva é marcada por uma quase total aderência à realidade objetiva^{XXIV}, o ser humano, em tal nível de consciência, está tão imerso na realidade que não consegue tomar distância suficiente “[...] a fim de objetivá-la e conhecê-la criticamente [a realidade]”⁴.

A quase imersão na realidade objetiva, faz com que o ser humano não consiga captar muitos dos desafios do seu próprio contexto, ou os perceba de maneira distorcida. “Sua semi-intransitividade envolve uma certa obliteração^{XXV} que lhe é imposta pelas condições objetivas”⁴. A situação leva os indivíduos a acreditarem que a origem do problema está fora da realidade concreta, trazendo uma concepção fatalista da realidade. Os problemas seriam, então, desígnios divinos, culpa do destino ou fruto de uma inferioridade natural⁴.

Na consciência semi-intransitiva, o indivíduo não se orienta no sentido de transformar a realidade que origina o problema, mas, de outra maneira, ele se volta para o *poder superior* que seria responsável por este problema. Nesse nível de consciência, não há perspectiva de mudança, o indivíduo se percebe enquanto incapaz de alterar este destino/sina. Ao final, sua ação “[...] tem um caráter mágico-defensivo ou mágico-terapêutico”⁴.

É possível superar a compreensão mágica dos fatos, segundo Paulo Freire, citando sua experiência como educador, bem mais rápido do que se imagina. Freire fala de “rachaduras” que podem ser provocadas em nível macro, como a Abolição da Escravatura em 1888, ou em nível micro como o próprio processo de ensino-aprendizagem, como incentivos à mudança de modalidade de consciência por meio de uma nova leitura da realidade. Tal processo, para que tenha o efeito de uma “rachadura”, deve ser conduzido por meio do que Freire chama de educação dialógica, em contraposição

XXIV Por realidade objetiva entende-se viver o dia a dia sem refletir sobre sua existência, suas escolhas e suas consequências. Viver um dia após o outro sem se atentar para a complexidade da realidade onde está inserido.

XXV Obliteração é ato ou efeito de obliterar. Significado de obliterar. 1 - Fazer desaparecer uma coisa, pouco a pouco, até que dela não fique nenhum vestígio. 2 - Fazer esquecer. 3 - Destruir. 4 - Tapar, fechar, obstruir. Disponível em: <https://dicionarioaurelio.com/obliterar>. Acesso em: 29/09/2017.

à educação bancária. A principal diferença entre esses tipos de educação é que, na educação dialógica, existe respeito aos saberes e competências existentes e o conhecimento é construído na relação educador-educando, enquanto, na educação bancária, o educador é o “dono do conhecimento” e apenas repassa “verdades absolutas” aos educandos^{2,3,4}.

A educação dialógica traz no seu âmago o respeito e a discussão da questão das diferenças entre as pessoas e suas histórias de vida. Todas as pessoas têm competências, habilidades e, sobretudo, passaram por experiências diferentes. Assim, a educação dialógica valoriza o conjunto de saberes construídos na história, diversas vezes referenciados como saberes populares. A grande dificuldade é encontrar educadores/multiplicadores/técnicos dispostos a descer do pedestal de “donos do saber”, para perceber a construção do conhecimento com e não para as pessoas. A educação dialógica atua no sentido do educando (e do educador também) perceber que ele também tem conhecimentos, habilidades e saberes, ou seja, ele também pode discutir, opinar e mudar. A educação dialógica, segundo Freire⁴, é a ferramenta de estímulo à mudança de nível de consciência, trazendo novos desafios para as pessoas.

Cabe ressaltar que o nível de consciência não tem ligação direta com a educação formal, na medida em que grande parte desta educação acontece (ainda hoje) nos moldes da educação bancária.

Porém, quando o indivíduo percebe que pode ler a realidade de outra maneira, e o faz, é tomado por um estado de inquietude, que é o sinal de entrada no nível de consciência transitivo-ingênua, onde “[...] a capacidade de captação se amplia e, não apenas o que não era antes percebido passa a ser, mas também muito do que era entendido de certa forma o é agora de maneira diferente”⁴.

A entrada na nova modalidade de consciência pode ser entendida como uma abertura para novas leituras da realidade, o indivíduo começa a se afastar de sua realidade e começa a problematizá-la, percebendo que “algo está errado” e que “posso fazer alguma coisa”, porém não sabe ainda o quê. Tal inquietude pode transformar-se em reclamações e protestos, já que se começa a perceber que a realidade não é um destino ou sina, sendo passível de transformação⁴. Como dito anteriormente, não há fronteiras rígidas entre os níveis de consciência, em muitos casos, um nível

de consciência apresenta características de outro, podendo representar a própria transição de um nível para outro.

No nível de consciência transitivo-ingênuo, segundo Freire⁴, as pessoas, na sua ânsia de fazer algo, normalmente encontram culpados para seus problemas: políticos, patrões, familiares, ou até mesmo vilões internacionais. Nesse contexto, mesmo com a capacidade de percepção ampliada, a pessoa se sente incapaz de alterar sua realidade, apesar de saber que é possível, por isso delega sua incapacidade presumida às ações dos agentes externos já citados. A consciência transitivo-ingênuo é “[...] tão dominada quanto a anterior [consciência semi-intransitiva], mas indiscutivelmente mais alerta com relação à razão de ser de sua própria ambiguidade”⁴, lembrando que a transição só se efetiva pela via educativa ampla.

A superação da consciência transitivo-ingênuo, por sua vez, segundo Freire⁴, acontece por meio da práxis (ação-reflexão). Esse processo de interpretação da realidade vai desmistificando-a, superando a “consciência real” e podendo chegar ao que Goldman, citado por⁴, denomina de “máximo de consciência possível”.

Porém, a consciência transitivo-ingênuo pode seguir dois caminhos. O primeiro é alcançar o “máximo de consciência possível”, ou a consciência crítica. O segundo é a distorção numa forma que Freire classifica como “irracional” ou “fanática”.

O segundo caminho é o da sociedade de massa, onde os indivíduos são controlados pelos meios de comunicação e a tecnologia é a nova divindade. Em tal situação, o comportamento das pessoas “[...] é quase automatizado, os indivíduos ‘se perdem’ porque não têm de ‘arriscar-se’”⁴.

De fato, quando a tecnologia deixa de ser reconhecida como a expressão da criatividade humana, o conceito de eficiência deixa de ser identificado como capacidade de pensar, arriscar-se ou imaginar-se nas atividades de criação e se reduz “[...] ao mero cumprimento preciso e pontual das ordens que vêm de cima”⁴.

Quando a consciência transitivo-ingênuo não consegue ser superada e os indivíduos, mesmo que não o percebam, passam a fazer parte da sociedade de massa. A situação descrita anteriormente, ou seja, a de busca de culpados para os problemas configuram uma situação onde as

peças podem ser manipuladas mais facilmente. Pois se existem vilões (os culpados pela situação), existem também os heróis que podem mudar a situação. Esse pode ser um dos motivos que levam uma liderança carismática com discurso objetivo de mudança a ser aclamado por parcelas da população, que acreditam que um líder deve agir só (salvador da pátria), pois a democracia é muito lenta e o desejo por resultados rápidos é mais latente. Porém, tal uma visão é superficial, e não sendo esse o assunto central do trabalho, certamente essa discussão não termina aqui, deixando apenas a indicação para a reflexão e o entendimento de tais questões.

Quando se consegue superar o nível de consciência transitivo-ingênuo por meio de práxis, chegamos à consciência crítica, definida como o nível de consciência no qual oprimidos^{XXVI} constroem uma classe para si. A práxis pode ser entendida como a percepção e o entendimento dos resultados das ações do ser humano por ele mesmo. Todas as ações trazem resultados (mesmo a decisão de não fazer nada pode ser considerada como uma ação, que também traz resultados). A práxis acontece quando o indivíduo percebe os resultados das suas ações no mundo e nota também os resultados destas ações e, ainda, aprende e evolui com isto. Em outras palavras, o indivíduo aprende com ele mesmo por meio da observação dos resultados de suas ações (ação-reflexão-ação). Desta forma, na medida em que vai acumulando experiências devidamente analisadas, o indivíduo cresce enquanto pessoa e suas próximas ações tendem a ser melhores que as passadas, já que o indivíduo dispõe de referências anteriores. Segundo Freire⁴, esse é o caminho para a construção da consciência crítica.

Na consciência crítica, o indivíduo percebe que o principal (mas não o único) responsável pelo seu passado, presente e futuro é ele mesmo. Não adianta procurar culpados, nem heróis. Assim, ele percebe-se como ser histórico. Mesmo ressaltando as péssimas condições de vida de grande parte da população, que praticamente não dão chance ao indivíduo se desenvolver na sua plenitude, no estágio de consciência crítica o indivíduo percebe que a construção do seu presente e futuro está direta-

XXVI Paulo Freire utiliza a expressão “oprimidos” como referência aos trabalhadores, que, mesmo transitando entre os níveis de consciência, ainda precisam resistir à opressão das classes dominantes.

mente ligada a suas ações. Em outras palavras, o indivíduo é o protagonista de sua própria história. Entendemos que existem limitações quanto a este protagonismo (contrato social, oportunidades etc.), o que não inviabiliza totalmente sua ação.

A consciência crítica é mais do que a tomada de consciência (*prise de conscience*), “[...] a consciência crítica não se constrói através de um trabalho intelectualista, mas na práxis – ação e reflexão”⁴.

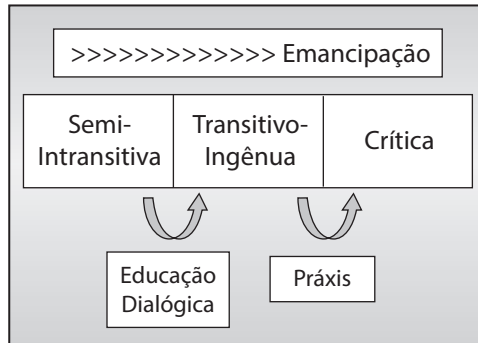


Figura 2 – Níveis de Consciência de Paulo Freire.

Fonte: Adaptado de Cançado e Cançado⁴⁰

A Figura 2 faz a síntese dos níveis de consciência e suas possibilidades de evolução. A metodologia proposta aqui de fomento a Emancipação e IBC via dialética negativa adorniana, tem suas raízes na educação dialógica. Dessa forma, primeiro devemos “formar os formadores”. As pessoas que realizarão as ações de fomento à Gestão Social devem fazê-la via Educação Dialógica.

Pelas experiências em projetos anteriores, as pessoas não aprendem “Educação Dialógica” rapidamente. São necessárias leituras e discussões. Outra palavra chave é a sensibilidade. O Gestor Social geralmente não faz parte da comunidade onde está inserido, muitas vezes nem é do município onde está atuando. Mas ele deve se reconhecer como parte da sociedade, onde “todos” estão.

A Educação Dialógica se (re)constrói a cada ação. Sugere-se que as ações dos gestores sociais sejam socializadas com outros gestores sociais para que cada um possa aprender com o resultado dos outros.

Enquanto a Educação Dialógica pode ser considerada uma ação externa (postura do Gestor Social), a Práxis é inerentemente interna, porque as pessoas não podem ser emancipadas de fora para dentro. Porém, podem ser estimuladas à internalização da Práxis pelo gestor social.

Um bom processo de Educação Dialógica, segundo essa proposta, pode levar ao aumento do nível de consciência. O pressuposto aqui é que, quanto mais próximo do nível de consciência mais o indivíduo se emancipa^{XXVII} e, por consequência (via dialética negativa adorniana) se aproxima do Interesse Bem Compreendido em um processo contínuo, sempre aberto à participação periférica legítima.

Paralelamente, pode-se identificar (através de entrevistas, grupos focais ou outros métodos) se os Critérios de Análise para a Cidadania Deliberativa (Quadro 3) estão evoluindo, ou seja, se se encontram presentes no grupo, uma vez que têm estreita relação com as Categorias da Gestão Social. Outra característica que emerge dessas considerações é a importância da pesquisa participativa para a construção da Gestão Social, pois se a participação tem caráter central nesse processo, também a pesquisa deve caminhar nesse sentido.

Tem-se plena consciência do nível de dificuldade de implementação dessa proposta e não há resultados imediatos e nem de curto prazo. Mas pode haver “pequenas vitórias” no caminho, como o aumento da participação qualificada ou mesmo o sentimento que o nível de consciência vem aumentando. Mas, efetivamente, os resultados são de médio e longo prazo. Uma boa maneira de acompanhar é usar os critérios do Quadro 3 para acompanhar sua evolução no tempo.

A ação do gestor social pode ser considerada bem realizada quando não for mais necessária e o próprio grupo “andar com as próprias pernas”. Nesse caso, o gestor social não é excluído, mas passa a ser uma “visita” muito bem-vinda pelo grupo.

Essa é uma proposta e junto com ela devem surgir metodologias e pesquisas participativas para concretizar essas ações e avançar na produção de conhecimento teórico e prático (ação-reflexão-ação) sempre tendo a Educação Dialógica/Práxis como norte.

XXVII Lembrando que emancipação e IBC são tipos ideais weberianos e os níveis de consciência são contínuos.

Considerações Finais

Foi apresentada, inicialmente, neste texto a evolução histórica da Gestão Social. Essa apresentação é importante para que se contextualize de onde veio e por onde passou o campo de conhecimento em Gestão Social. É o equivalente ao que se enuncia no subtítulo desta obra: as vertentes e as veredas da Gestão Social.

Em seguida apresentou-se a discussão sobre o conceito de participação, a partir de uma tipologia para introduzir o debate sobre a Gestão Social. No tópico seguinte foram apresentadas as categorias teóricas que integram a Gestão Social: Emancipação, IBC, Esfera Pública e Dialética Negativa. Juntamente com as categorias apresentadas foi discutida a integração entre elas: a Aproximação Teórica para Gestão Social.

Ainda na mesma seção foram apresentados os Critérios de Análise para a Cidadania Deliberativa e a proposta de uma Agenda de Pesquisa para a Gestão Social.

Ao final foram apresentados os níveis de consciência de Paulo Freire: semi-intransitiva, transitivo-ingênua e crítica. Esses níveis são mediados pela Educação Dialógica e pela Práxis no seu desenvolvimento. Essa abordagem é uma proposta de efetivação do fomento à Emancipação e, por consequência, do IBC (via dialética negativa), contribuindo para evolução da Gestão Social.

Um direcionamento importante para a continuidade dos estudos e práticas em Gestão Social é a pesquisa participativa, discutida nesse livro. Como a participação é central na Gestão Social, sua construção demanda que a pesquisa também tenha essa perspectiva, podendo ser considerada praticamente uma prerrogativa. A Gestão Social, fundamentada nos argumentos apresentados nesse texto, é eminentemente coletiva no sentido amplo do termo. Cabe não só aos pesquisadores, mas também à própria sociedade, em seus diversos espaços, entender o papel da participação. Em essência, cabe aos pesquisadores ampliar suas perspectivas de ação e reflexão, compreendendo que a construção do conhecimento deve não só respeitar, mas incorporar os saberes e competências da sociedade.

Espera-se que este trabalho possa colaborar com a construção de uma proposta para ampliar a perspectiva participativa na práxis das políticas públicas em geral, e de saúde em particular.

Referências:

1. Santos, B. de S. *Pela mão de Alice: o social e o político na Pós-Modernidade*. 7th ed. Porto: Afrontamento; 1999.
2. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
3. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 29. Ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
4. Freire, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 9. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.
5. Kliksberg, B. *Pobreza: uma questão inadiável*. Tradução de Cláudia Schiling. Brasília: ENAP; 1994.
6. Rico, E. De M.; Raichelis, R. (orgs.) *Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: EDUC; IEE; 1999.
7. Tenório, F. G. *Gestão social: uma perspectiva conceitual*. *Rev Administração Pública*, v.32, n.5, p. 7-23, set./out. 1998.
8. Pires, V. *Et al.* Dossiê – Campo de Públicas no Brasil: definição, movimento constitutivo e desafios atuais. In: *Revista de Administração Pública e Gestão Social*, v. 6, n. 3, jul./set., p. 110-126, 2014.
9. CAPES. *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Pró-administração*. Brasília: CAPES, 2008. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/pro-administracao>>. Acesso em 12 maio 2016.
10. Bouldosa, R.; Schommer, P. C. *Gestão social: caso de inovação em políticas públicas ou mais um enigma de lampedusa?* In *Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*, 3, 2009, Juazeiro/Petrolina. *Anais...*, Juazeiro/Petrolina: NIGS/UNIVASF, 2009. 1 CD ROM.
11. Cançado, A. C.; Pozzebon, M. *Social management: the potential contribution of a Brazilian research tradition to the international nonprofit debate* In *ISTR's 12th International Conference: The*

- Third Sector in Transition: Accountability, Transparency, and Social Inclusion, 12, Stockholm, Anais..., 2016. Stockholm: ISTR, 2016, p.1-15.
12. Cançado, A. C.; Silva JR; Cançado, A. C. M. G. Gestão social. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/UANE/BID/STDS-Ce, 2017.
 13. Cançado, A. C; Tavares, B.; Dallabrida, V. R. Gestão social e governança territorial: interseções e especificidades teórico-práticas. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, v.9, n.3, p.313-353, set/dez, 2013.
 14. Fischer, T. Poderes locais, desenvolvimento e gestão - uma introdução a uma agenda. In Fischer, T. (org.). Gestão do desenvolvimento e poderes locais: marcos teóricos e avaliação. Salvador: Casa da Qualidade, p.12-32, 2002
 15. Carrion, R. M. Gestão social: especificidades e práticas em discussão. In Silva, Junquillo Gelson; Faria, Alexandre; Bianco, Mônica; Behr, Ricardo; Petinelli-Souza, Susane (Orgs.). Tecnologias de gestão: por uma abordagem multidisciplinar. Vitória: EDUFES. Vol. II. 2007.
 16. Tenório, F. G. Um espectro ronda o terceiro setor, o espectro do mercado. 3 Ed. Ijuí: Editora da Unijuí; 2008b.
 17. Lüchmann, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. Lua Nova, n.70, p. 139-170, 2007.
 18. Pinho, J. A. G. De. Gestão social: conceituando e discutindo os limites e possibilidades reais na sociedade brasileira. In: Rigo, Ariádne Scalfoni; Silva Júnior, Jeová Torres; Schommer, Paula Chies; Cançado, Airton Cardoso. Gestão Social e Políticas Públicas de Desenvolvimento: Ações, Articulações e Agenda. Recife: UNIVASF; 2010.
 19. Lave, J.; Wenger, E. Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1991. P. 27-58; p. 89-101.
 20. Demo, P. Participação é Conquista. 6 Ed. São Paulo: Cortez; 2013.
 21. Cançado, A. C. Fundamentos teóricos da gestão social. 2011. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2011.

22. Cançado, A. C.; Tenório F. G.; Pereira, J. R. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 681-703, 2011.
23. Tenório, F. G. Tem razão a administração? 3 Ed. Ijuí: Editora da Unijuí; 2008a.
24. Cançado, A. C.; Pereira, J. R.; Tenório, F. G. Fundamentos Teóricos da Gestão Social. Drd – Desenvolvimento Regional em Debate, v. 5, n. 1, 2015, p.4-19.
25. Tenório, F. G. (2012). Gestão social, um conceito não-idêntico? Ou a insuficiência inevitável do pensamento. In: Cançado; A. C.; TENÓRIO, F. G.; Silva Jr., J. T. *Gestão social: aspectos Teóricos e aplicações*. Ijuí: UNIJUÍ: 23-36.
26. Cançado, A. C. Gestão social: um debate para a construção do campo. NAU – A Revista da Residência Social, v.4, n.6, p.191-209, Mai/Out, 2013.
27. Cançado, A. C.; Pereira, J. R.; Tenório, F. G. Gestão social: epistemologia de um paradigma. Curitiba: CRV; 2013.
28. Tocqueville, A. De. Democracia na América. Traduzido por José Lívio Dantas. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército.
29. Jasmin, M. G. Alexis de Tocqueville: a historiografia como ciência da política. 2. Ed. Belo horizonte: UFMG; IUPERJ, 2005, 305p. (Humanitas)
30. Frey, K. Descentralização e poder local em Alexis de Tocqueville. Revista de Sociologia e Política, n. 15, nov. 2000, p.83-96.
31. Gahyva, H. Tocqueville e Gobineau no mundo dos iguais. Dados. Revista de Ciências Sociais, v. 49, n. 3, 2006, p.553-582. Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/218/21849305.pdf>>. Acesso em 10 set. 2011.
32. Barbacena, J. M. Ação Popular e participação política: um diálogo com a teoria democrática de Aléxis de Tocqueville. Revista Urutágua, n. 17, dez. 2008/ mar. 2009, p.18-28.
33. Arroyo, J. C. T.; Schuch, F. C. Economia popular e solidária: alavanca para um desenvolvimento sustentável. São Paulo: Perseu Abramo, 2006, 112p. (Coleção Brasil Urgente)

34. Chauí, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 13 Ed. São Paulo: Cortez, 2011, 368p.
35. Marx, K.; Engels, F. *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Martin Claret, 2004, 152p.
36. Habermas, J. *Direito e democracia: entre a facticidade e a validade*, volume II. 2 Ed. Tradução Fábio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003a, 354p. (Biblioteca Tempo Universitário, 102)
37. Adorno, T. W. *Dialética Negativa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
38. Villela, L. E. (2012). Escopo metodológico. In: TENÓRIO, Fernando Guilherme (Org.). *Cidadania e desenvolvimento local: critérios de análise*. Rio de Janeiro: FGV, 1998, 35-46.
39. Cançado, A. C.; Rigo, A. S.; Pinheiro, L. S. Por una agenda de investigación para la gestión social: control social, paradigma, escala y cuadro de análisis. *Práxis Sociológica*, V. 21, 2016, p.63-94.
40. Cançado, A. C.; Cançado, A. C. M. G. *Incubação de cooperativas populares: metodologia dos indicadores de incubação*. 2. ed. Palmas: Futura, 2009.
41. Araújo, E. T. (In)consistências da gestão social e seus processos de formação: um campo em construção. 2012. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
42. França Filho, G. C. de. *Gestão Social: um conceito em construção*. In *Colóquio Internacional sobre Poder Local*, 9,2003, Salvador. *Anais...*, Salvador: CIAGS/UFBA, 2003. 1 CD ROM.
43. Habermas, J. *Teoria do Agir Comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social*, Vol. I, São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012a.
44. Habermas, J. *Teoria do Agir Comunicativo: sobre a crítica da razão funcionalista*, Vol. II, São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012b.
45. Guerreiro Ramos, A. *A nova ciência das organizações: uma reconceitualização da riqueza das nações*. Tradução de Mary Cardoso. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1981.

46. Serva, M. A racionalidade Substantiva Demonstrada na Prática Administrativa. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 37, n. 2, Abr./Jun. 1997.
47. Tavares, G. O.; Cunha, E. V.; Silva JR, J. T. Os limites e desafios da formação em Gestão Pública e Gestão Social no Curso de Administração Pública da UFC. *Campus Cariri. Temas de Administração Pública*, v.3, n.6, 2012, p-1-15.
48. Boullosa, R. Contribuições conceituais e metodológicas para a avaliação de processos e práticas de gestão social a partir das perspectivas da *policy analysis* e da abordagem social da aprendizagem. *In Colóquio Internacional sobre Poder Local*, 11, 2009, Salvador. *Anais...*, Salvador: CIAGS/UFBA, 2009. 1 CD ROM.
49. Boullosa, R. de F., Schommer, P. C. Limites da natureza da inovação ou qual o futuro da gestão social? *In Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, 32, 2008, Rio de Janeiro. *Anais...*, Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. 1 CD ROM.

Laboratório de Mudança: uma metodologia formativa, participativa e sistêmica para criação e transformação de sistemas de atividade

Amanda Aparecida Silva Macaia^I
Mara Alice Conti Takahashi^{II}
Sayuri Tanaka Maeda^{III}
Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela^{IV}
Marco Antônio Pereira Querol^V

Introdução

Uma base comum de várias abordagens da pesquisa qualitativa é a valorização dos atores locais. No entanto, geralmente, este sujeito é considerado apenas um informante, pois se assume que a pesquisa tem dono e que este é o pesquisador/especialista. É o pesquisador quem define o problema, os objetivos, a metodologia, a forma de análise e quem participa ou fica de fora. As abordagens participativas tentam inverter este papel e colocar a pesquisa como uma tarefa compartilhada, um desafio que pertence a uma comunidade ampliada de pesquisa. Contudo, existe

-
- I Amanda Aparecida Silva Macaia (as.amanda@gmail.com). Doutora em Ciências pelo Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).
- II Mara Alice Conti Takahashi (maraconti_tak@yahoo.com.br). Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.
- III Sayuri Tanaka Maeda (sayuri@usp.br). Doutora em Escola de Enfermagem da USP. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP.
- IV Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela (ravilela@usp.br). Doutor em Ciência Coletiva pela UNICAMP e docente na FSP/USP.
- V Marco Antônio Pereira Querol (mapquero@gmail.com). Doutor pela Universidade de Helsinki, Finlândia, e docente na Universidade Federal de Sergipe.

uma diversidade de abordagens participativas com diferenças e aproximações.

Percebemos que um projeto de pesquisa participativa pode ter como objetivo intervir sobre aspectos pontuais da situação de trabalho (melhorias incrementais) ou buscar inovações e mudanças mais profundas nos fenômenos investigados. Quando o objeto da intervenção está no campo do trabalho e a mudança almejada refere-se aos aspectos de organização do trabalho, o projeto pode ou não ter uma intencionalidade sistêmica, ou seja, de incidir ou não sobre o processo causal dos problemas.

Esta escolha implica definir qual ou quais são as unidades de análise adotadas para a intervenção participativa e assegurar/desenvolver a agência/protagonismo dos atores em todas as etapas da intervenção, diante da relevância da demanda. Para tanto, implica também planejar: quais são as estratégias pedagógicas e teorias da aprendizagem que embasam tal intervenção; como compreender a origem dos distúrbios indesejados na atividade em estudo; como construir com os participantes uma visualização de mudanças efetivas; quais os papéis dos participantes no processo de análise e construção de soluções; e, finalmente, quem aprende no processo de intervenção.

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os aspectos teóricos e conceituais da metodologia do Laboratório de Mudança (LM), baseados na Teoria da Atividade Histórico-Cultural de *Vygotsky* e seguidores e na Teoria do Aprendizado Expansivo, desenvolvidos na década de 1990 pelo grupo finlandês liderado por *Y. Engeström*. O propósito é mostrar como esse arcabouço contribui para o campo das abordagens participativas, em vista das transformações organizacionais do trabalho, e subsidiar a construção de interfaces e diálogos entre o LM e outras abordagens participativas.

Por meio de um caso empírico de intervenção formativa em serviços na Rede SUS de um município paulista, será ilustrado como a estratégia do LM operacionaliza conceitos teóricos e metodológicos, propiciando o aprendizado, o domínio e o protagonismo dos participantes a partir do desenvolvimento e das transformações desejadas no sistema no qual estão inseridos. Dessa maneira, este capítulo pretende principalmente responder sobre que tipo de resultados podem ser obtidos em termos de aprendizagem com essa metodologia, e quais ações conduzem a esses resultados.

Uma breve conceituação de Pesquisas Intervencionistas, Participativas e Formativas

Pesquisas intervencionistas

Nas metodologias tradicionais de pesquisa, o pesquisador observador não pode e não deve interferir no objeto investigado. Tal premissa se aplica a sistemas estáveis e controláveis, por exemplo, em experimentos de laboratório. No entanto, não se aplica a pesquisa de atividades humanas, uma vez que há sempre processos inter-relacionais em ato. Neste contexto, a pesquisa intervencionista é uma alternativa porque considera que o pesquisador não é apenas um observador, e que o objetivo não é apenas produzir conhecimento. Nesta abordagem, o pesquisador é um ator integrante do sistema pesquisado, produtor de conhecimento e facilitador do processo de desenvolvimento de uma atividade.

Nas últimas décadas, a pesquisa intervencionista vem ganhando espaço na academia, provavelmente por dois fatores: (1) o envolvimento do pesquisador com o campo para produção de mudanças; (2) a validade do conhecimento produzido articulada a uma necessidade social.

Pesquisas participativas

A importância da participação dos atores locais nas intervenções é reconhecida como especialmente necessária em situações de alta complexidade, de mudança rápida e quando os atores locais podem afetar as ações de desenvolvimento. Experiências de ações intervencionistas nos ensinam que essa participação é condição essencial para aumentar o impacto e relevância de tais intervenções¹.

A participação dos atores locais tem a vantagem de melhorar a aprendizagem de ambos os lados, pesquisadores e sujeitos. Envolvendo os atores, os pesquisadores têm acesso a uma gama maior de informações e perspectivas, que dificilmente teria sem tal participação. Além disso, o envolvimento dos atores locais desde a análise, concepção do problema e transformação, permite aumento do aprendizado e da relevância das intervenções. Quanto maior a participação, maior é o protagonismo, e conseqüentemente maior a sustentabilidade da intervenção.

Geralmente, as pesquisas com abordagem participativa, implícita ou explicitamente, seguem uma epistemologia construtivista, que assume o conhecimento como construído pelos humanos e em constante mudança. O conhecimento é, portanto, resultado da construção social, e quanto maior a diversidade de perspectivas, mais rico ele será.

Pesquisas formativas

Problemas enfrentados em atividades humanas exigem soluções que variam de simples reparos superficiais até soluções novas e mais radicais. Cada problema exige um tipo de solução. Como já dissemos, a pesquisa intervencionista e participativa tem maior probabilidade de construção de soluções relevantes e aceitas pelos atores locais. No entanto, não garantem que as soluções sejam novas e radicais, promovendo a transformação e a inovação.

Engeström² propõe o conceito de pesquisa formativa para o conjunto de pesquisas participativas e intervencionistas que visam à formação de um novo motivo, objeto de uma atividade humana. Quando o objeto/motivo de uma atividade é transformado de forma expandida, o processo é denominado de aprendizagem expansiva. Para tanto, o autor propõe uma metodologia – Laboratório de Mudança (LM), um método de natureza intervencionista, participativo e formativo, que visa não somente investigar uma atividade, mas transformar o objeto desta atividade de forma coletiva. O LM é definido como um conjunto de ferramentas baseadas em princípios e conceitos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural, utilizados em colaboração entre pesquisadores (mediadores) e participantes. Compreendendo o conhecimento como originário da ação humana, que cria generalizações e transforma o mundo ao redor, a pesquisa para gerar esse conhecimento precisa mudar o objeto investigado³.

O Laboratório de Mudança e a Teoria da Atividade Histórico-Cultural

O LM foi desenvolvido na década de 1990, por pesquisadores da Universidade de Helsinque, Finlândia. Embasado na Teoria da Atividade

Histórico-cultural, o método se apoia em uma série de conceitos, princípios e modelos, entre eles, o Modelo do Sistema de Atividade, a Teoria da Mediação Cultural de ações humanas, o Método de Estimulação Dupla, e a Teoria da Aprendizagem Expansiva, os quais ajudam os profissionais participantes a compreenderem os problemas enfrentados e a desenhar soluções para resolvê-los^{4,5}.

O Modelo do Sistema de Atividade

É uma matriz de análise utilizada para representar o objeto de estudo e ajudar o mediador, assim como os profissionais, a compreenderem a atividade de trabalho, seus desafios e possibilidades de desenvolvimento. Nesta abordagem, a unidade de análise é portanto, o sistema de atividade humana e suas relações de interação com os elementos que lhe dão qualidade e dinâmica, constituindo-se em um artefato mediador para a análise dos participantes (Figura 1)^{6,7}.

Os elementos apresentados nessa matriz ou modelo estão assim definidos: *Sujeito*: um indivíduo ou grupo de pessoas cujas posições e pontos de vista são escolhidos como perspectiva de análise; *Objeto*: o motivo e a finalidade de um sistema de atividade coletiva. O objeto é visto como decorrente de constantes interpretações, reconstruções e modificações impelidas pela ação dos sujeitos, revelando o caráter contraditório e historicamente mutável dos sistemas envolvidos na produção da atividade; *Instrumentos*: os instrumentos mediadores da ação dos sujeitos de forma física ou simbólica, externas e internas, tais como ferramentas, mobiliário, texto, som e vídeo, espaço físico, modelos, planos, esquemas, conceitos, leiaute, abstrações, imagens, sinais e outros; *Comunidade*: todos os indivíduos ou grupos, não diretamente integrados na unidade de análise, mas que interagem em alguma dimensão do mesmo objeto da atividade; *Divisão de Trabalho*: é a divisão de tarefas entre os sujeitos, as relações hierárquicas existentes, os arrolamentos de poder e submissão pertinentes ao grupo, além dos conflitos, manifestações de resistência, de *status quo* e outros; *Regras*: são os regulamentos, as normas, as convenções relacionadas ao contexto da atividade que se apresentam de forma tácita ou explícita.

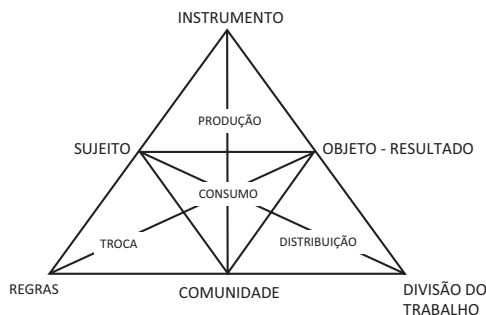


Figura 1: A estrutura da atividade humana (Modelo do Sistema de Atividade)^{6,7}

O sistema de atividade pode ser utilizado na simulação de atividades para: a) analisar historicamente o desenvolvimento e formação dos elementos da atividade, b) revelar as contradições dentro e entre sistemas de atividade, e c) modelar ou desenhar um novo conceito da atividade de forma a resolver as contradições internas, transformando os elementos do sistema.

Teoria da mediação cultural de ações humanas

O sistema descrito acima é a representação gráfica da mediação cultural das ações individuais, o que significa que a relação entre o sujeito e o objeto é mediada por meios culturais ou artefatos usados como sinais e ferramentas, criados durante toda a história da humanidade^{8,9}. O uso desses mediadores permite novas formas de aprendizado baseado na sua assimilação e no seu desenvolvimento^{7,8}. Embora não determinem as ações dos indivíduos, os mediadores fornecem meios para a construção de novas formas de ações que possibilitem alcançar seus objetivos em dadas situações.

O método de estimulação dupla

Trata-se de um método proposto por Vygotsky⁸ para avaliar funções psicológicas como memória, pensamento e linguagem. A principal ideia

do método é que, ao se deparar com situações problemáticas que não podem ser resolvidas com as ferramentas e conhecimento que possuem, os indivíduos buscam novas ferramentas psicológicas e práticas que lhes permitam resolvê-las. Quando encontrado o artefato (inicialmente neutro), ele, no uso, é transformado em instrumento¹⁰.

O Método de Estimulação Dupla consiste na aplicação de dois estímulos cognitivos – confrontação emocional e reflexão intelectual. O primeiro estímulo é uma situação real da atividade de trabalho considerada problemática, que necessita ser solucionada. É essa situação problema que confronta emocionalmente os participantes do LM até que tomem consciência de que necessitam de alguns mediadores, não comumente considerados, para resolvê-la. Para ser um facilitador deste processo, o mesmo precisa conhecer o problema a ser enfrentado, bem como, o que os participantes pensam a respeito e o que já fizeram para resolvê-lo.

O segundo estímulo é um conceito, um modelo ou ainda uma representação de uma experiência exitosa, que têm o potencial de ser usado como instrumento para solucionar a situação confrontada. Uma vez que o indivíduo incorpora, ou usa o artefato neutro, conceitual, na resolução da tarefa, a estrutura da operação muda⁸. Por artefato neutro, Vygotsky se refere a um artefato cultural que pode ser utilizado de forma indeterminada, ou seja, o mediador não impõe, nem sugere, a maneira como deve ser usado, deixando livre para o indivíduo recusar ou reinventar esse artefato, de acordo com as suas condições, conhecimento e percepção.

A Teoria da Aprendizagem Expansiva

O método fundamenta-se na organização, no próprio local de trabalho, de um espaço onde são disponibilizadas ferramentas de representação para análise de distúrbios da prática corrente e para a construção de novos modelos de atividade⁴. Começa-se com uma análise de distúrbios, identificando as causas sistêmicas dos problemas observados que são expressões de contradições inerentes ao sistema ou entre sistemas de atividade.

Durante as sessões do LM, os participantes produzem uma visão futura da atividade, que não é apenas baseada em uma classificação do

que se deseja ou do que não se deseja. A visão projetada é baseada na análise da estrutura do sistema da atividade para resolver suas contradições internas. A intervenção é, pois, uma atividade de aprendizado onde o objeto é, ao mesmo tempo, a análise da prática atual e de sua história bem como o desenvolvimento de uma atividade produtiva futura.

O método é composto por seis etapas ou fases, baseadas em ações que compõem o Ciclo de Aprendizado Expansivo: questionamento, análise, desenho, teste do novo modelo, implantação do novo modelo, reflexão sobre o processo e consolidação das novas ações (Figura 2).

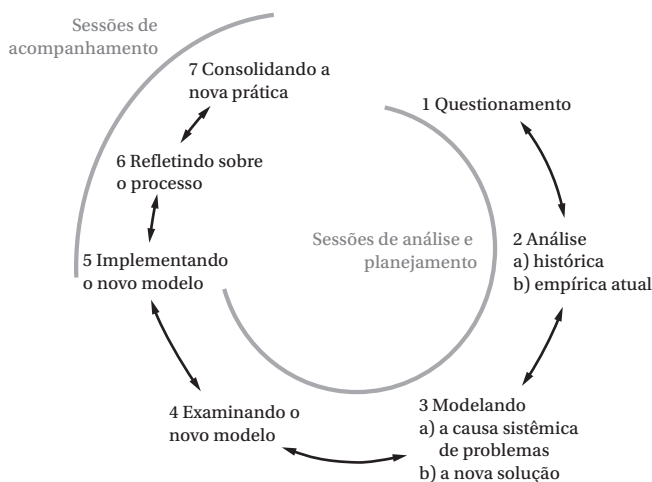


Fig. 2. Ciclo de ações de aprendizagem expansiva no LM³

De modo geral, o ciclo conduz os participantes, de forma coletiva, à criação de conhecimento e construção de novas formas de atividade de trabalho, transformando o(s) sistema(s) e as relações na e entre as atividades. No processo, os participantes transpassam o nível abstrato das ideias e conceitos para a apreensão deles e a realização de ações concretas na prática coletiva de trabalho³.

Na etapa de questionamento sobre a atividade de trabalho (1), os participantes analisam se há problemas e anomalias e estabelecem um compromisso coletivo com seu desenvolvimento. Esta ação instiga à crítica ou rejeição de alguns aspectos da prática de trabalho, conhecimento ou plano atual já aceitos.

Na etapa de análise (2), os participantes refletem como trabalhavam no passado e quais são os problemas atuais e as contradições que estão por trás desses problemas. Essas ações provocam à descoberta das origens dos problemas e do mecanismo explicativo da prática atual do trabalho.

Na modelagem (3) eles respondem como querem trabalhar no futuro, de modo a construir um modelo explicativo para a situação problemática e ofertarem uma perspectiva para resolvê-la e transformá-la.

No exame do novo modelo (4) são identificadas as mudanças para o próximo mês/ano etc. e se planeja a experimentação das soluções, de modo a apreender completamente sua dinâmica, potencial e limitações.

Na implementação (5) colocam-se em prática os primeiros passos e as fases seguintes, por meio não só de execução das ações pensadas e experimentadas, mas de enriquecimento e extensões conceituais.

As ações seguintes, de reflexão (6), visam a identificar necessidades de aprendizagem e desenvolvimento posteriores, além das conclusões relacionadas ao processo. E, finalmente, as ações de consolidação e generalização dos resultados (7) levam os participantes a uma nova forma estável de prática^{3,11}.

De modo mais detalhado, o processo de intervenção começa com uma boa negociação com os atores da organização, que é seguida por uma fase de coleta de dados sobre: a situação passada da atividade, com o levantamento de dados históricos sobre eventos importantes que levaram a mudanças significativas no seu desenvolvimento; a forma da atividade no presente e os principais problemas enfrentados no dia a dia; e os principais conceitos e ferramentas utilizados. A função destes dados é dupla: servir de informações a serem usadas durante as sessões como espelho, de modo que os participantes se visualizem na atividade, e ajudar o mediador e os participantes a analisar e modelar a atividade passada, atual e futura.

As sessões começam com uma análise de dados sobre os problemas enfrentados no dia a dia e modelagem de novas soluções, ajudadas pelo mediador que lhe oferece ferramentas para auxiliar nestes processos. No momento seguinte, novos modelos podem ser testados e implantados. As sessões são também organizadas para avaliar e refletir

sobre as novas soluções e potenciais problemas que venham a surgir nessa implantação. Ajustes e mudanças no modelo são comuns para adaptá-lo às condições locais.

As intervenções são compostas por um número limitado de participantes, entre 12 a 15 representantes da atividade de trabalho, além dos mediadores. O papel dos mediadores é apresentar o material a ser discutido, bem como o de facilitar as discussões, anotando e refletindo sobre seus conteúdos. Entre os participantes escolhe-se um relator responsável por tomar notas, durante as seções, do conteúdo das discussões e possíveis conclusões, as quais poderão ser utilizadas como segundos estímulos nas sessões posteriores.

A experiência da intervenção formativa em uma rede municipal de saúde

A construção da demanda, diagnóstico situacional, negociação e plano para a intervenção formativa por meio do Laboratório de Mudança.

O cuidado em saúde dos trabalhadores acidentados de trabalho na Rede SUS de município paulista foi uma demanda posta pelo serviço de saúde do trabalhador da região. Uma intervenção relativa a essa demanda teve origem em 2011, e foi incorporada como subprojeto a um projeto maior – projeto temático multicêntrico, com a coordenação de docentes da USP e UNESP e participação de alunos e profissionais de serviços.

A inclusão da temática contemplava a necessidade de um grupo de profissionais e pesquisadores da área de Saúde do Trabalhador que buscavam uma investigação mais ampliada dos acidentes de trabalho, conceitualmente representada na matriz de análise da gravata-borboleta. Trata-se de uma representação gráfica que traz ao centro o evento crítico – o acidente de trabalho, no lado esquerdo as causas proximais e distais que culminaram na sua ocorrência e no lado direito as consequências, proximais e distais, que ocasionaram lesões e sequelas. As intervenções de saúde têm, em si, o potencial de evitar o agravamento e mitigar os danos¹².

Um amplo processo de discussão com as Equipes de Vigilância e Assistência do serviço, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério

Público do Trabalho e Sindicatos de trabalhadores, legitimou a proposta como uma importante questão de Saúde Pública e de relevância social para o município.

A temática foi incorporada ao Tema 3 do referido projeto, definindo-se dois grandes objetivos: (1) A construção de um diagnóstico situacional do atendimento em saúde dos trabalhadores acidentados na rede de saúde municipal e seus custos sociais; (2) a remodelagem do sistema de atenção vigente, apontada como uma necessidade social, com base nos dados empíricos da Equipe de Assistência do serviço. A metodologia de intervenção formativa Laboratório de Mudança⁴ foi a escolhida para este estudo, bem como para as demais intervenções do projeto temático.

Após duas reuniões de negociação com o Secretário de Saúde, em 2012, os pesquisadores foram autorizados a iniciar a fase etnográfica, com a coleta de dados em UPA (Unidades de Pronto Atendimento), COT (Centro de Ortopedia e Traumatologia) e PSF (Programas de Saúde da Família), por serem serviços identificados como de alta demanda de atendimento aos acidentados de trabalho. Foram realizadas visitas a estes serviços para maior compreensão do seu funcionamento e atividades de trabalho envolvidas, como também entrevistas qualitativas com seus profissionais.

Concomitantemente à pesquisa de campo, foram realizados dois outros estudos: (1) um levantamento retrospectivo com amostragem selecionada entre os casos considerados eventos sentinela pelo serviço de VISAT^{VI} nos últimos doze meses que antecederam ao início da pesquisa; e (2) a partir desta amostra foram realizadas entrevistas domiciliares qualitativas com os trabalhadores(as) acidentados(as), com a finalidade de descrever as suas trajetórias assistenciais e posterior reconstrução de seus itinerários terapêuticos na Rede SUS de saúde.

Após análise dos dados etnográficos e dos itinerários terapêuticos reconstituídos, foi elaborado um diagnóstico situacional sobre o sistema de cuidado à saúde dos acidentados de maior gravidade no município. Esse diagnóstico foi discutido com o Secretário, englobando um plano

VI Portaria Ministério da Saúde nº 777 de 20/04/2004 que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinelas no SUS.

de ação para o enfrentamento dos problemas observados. O plano de enfrentamento envolveu a remodelagem do modelo de atenção vigente, previsto no projeto. A ideia foi o desenvolvimento colaborativo de novas formas de trabalho na Rede, através da metodologia do Laboratório de Mudança em modalidade interfronteiras, o que se tornou um dos principais aspectos da proposta elaborada. Isso significou o reconhecimento, dos atores presentes na discussão, de que, pela natureza dos problemas identificados, soluções efetivas não se originariam apenas no âmbito de cada serviço de saúde, isoladamente.

O *Laboratório de Mudança Interfronteiras* (LMI) focaliza o desenvolvimento de uma colaboração entre diferentes atividades de vários serviços que servem aos mesmos usuários e, portanto, tem o mesmo objeto compartilhado, neste caso, o acidentado de trabalho. Cada um dos serviços tem seus objetos parciais conectados como elementos de um objeto mais amplo, complexo e compartilhado³.

Para que as várias atividades sejam realizadas de maneira sistêmica, em conjunto, é necessário o cruzamento das fronteiras, entendido a priori como a necessidade de reconceitualização dos limites do cuidado em saúde na Rede SUS. Para a primeira sessão do LM e apresentação da proposta, foram convidados coordenadores da área médica e de enfermagem dos serviços cujo diagnóstico indicava envolvimento nos problemas identificados. Participaram os profissionais do SAMU, Central de vagas hospitalares, UBS e PSF, UPA, COT e do Cerest. Conforme necessidade apontada pelo grupo, haveria novos convidados para os encontros seguintes.

Organizou-se um conjunto de encontros, a cada 15 dias, chamados de sessões, que percorreriam as fases do LMI. O primeiro planejamento foi sendo detalhado, enriquecido e estendido, conforme necessidade discutida com os participantes na intervenção. Previu-se que todas as sessões seriam gravadas e filmadas para a análise e coleta de dados a serem discutidos pelos mediadores em reuniões prévias e participantes nas sessões seguintes. Acordou-se também que periodicamente seriam realizadas reuniões de acompanhamento com o secretário.

As sessões do Laboratório de Mudança Interfronteiras e resultados parciais da intervenção

O ciclo de ações de aprendizagem expansiva é um organizador dos passos a serem dados, partindo da fase atual de desenvolvimento da atividade. Todo processo é dividido nas fases de questionamento, análise e modelagem, porque em cada uma delas predomina um certo tipo de ações de aprendizagem, embora o encadeamento não seja linear e estas ações específicas possam se repetir nas diferentes etapas de aplicação do método. Por exemplo, “o questionamento desencadeia e motiva a análise, mas a análise pode levar a questionamentos posteriores”³. Por isso, na representação gráfica dos ciclos, as setas têm sentido duplo.

Na sequência, descreve-se as sessões realizadas até o momento, pois se trata de uma intervenção ainda em andamento. Elas estão agrupadas pelo conteúdo predominante nas diferentes fases de desenvolvimento da aprendizagem expansiva e descritas conforme o método da dupla estimulação.

Fase de Questionamento e crítica da prática atual:

Na primeira sessão do LMI, o diagnóstico situacional obtido na etapa etnográfica da pesquisa foi apresentado na forma gráfica de um fluxograma analisador¹³. Esse foi o estímulo primário utilizado para mostrar a trajetória assistencial de um acidentado de trabalho grave pela Rede SUS do município, com os diferentes serviços que constituíram seu itinerário terapêutico, as dificuldades encontradas, as lacunas identificadas e a falta de resolubilidade dos cuidados, confrontando os participantes com os problemas do “modelo de atenção” da Rede de Saúde.

Para MERHY¹³, nos modos assistenciais desenvolvidos pelos serviços está o trabalho vivo em ato, que é operado por meio de tecnologias leves que atuam como uma dobra: de um lado, certo modo de gerenciar, de conduzir os processos coletivos de trabalho, construindo objetos, recursos e intenções; de outro certa maneira de agir para a produção de produtos bem definidos. A articulação entre ambos resulta em um singular “modelo de atenção”.

O estímulo secundário foi a pergunta “*Temos um problema?*”, solicitando aos participantes que analisassem o fluxograma e construísem uma lista de problemas no caso apresentado.

O diagnóstico situacional inicial revelava uma fragmentação estruturada entre os serviços envolvidos, os trabalhadores acidentados eram transitórios nas unidades de atendimento por onde passavam, não havendo profissional ou equipe de referência que se responsabilizasse pelo acompanhamento da resolubilidade dos casos. As trajetórias mostraram lacunas importantes nos tratamentos assistenciais, como por exemplo, ausência de avaliação e acompanhamento psicológico, mesmo considerando que os acidentes de trabalho graves são sempre eventos traumáticos com repercussões emocionais importantes no curso da vida dos acidentados. Da mesma forma, identificaram-se longos tempos de espera para consultas especializadas, exames de alto custo, tecnologias assistivas e práticas de reabilitação física¹⁴.

O fluxograma e a pergunta desencadearam ricas discussões sobre os problemas de organização da rede assistencial, que confirmaram o diagnóstico acadêmico inicial, mas que foi aprofundado no decorrer de cinco sessões, até a conclusão dos participantes sobre o contexto problemático a ser focado no processo do LMI, sintetizado a seguir:

1) Não ter espaços regulares de comunicação entre os diferentes serviços que atendem aos mesmos pacientes. Os profissionais de um serviço não conhecem a oferta de cuidados dos outros serviços: “*Há uma Rede que não enreda*”. Tampouco é compreendida a capacidade instalada, os recursos que cada unidade dispõe e quais as dificuldades vivenciadas, criando situações de animosidade e desgaste emocional: “*Há uma Rede da Ira em funcionamento que gera distúrbios e conflitos*”;

2) Por não haver fluxo organizado de encaminhamentos entre os serviços, os próprios pacientes definem os seus trajetos terapêuticos;

3) Presença de lacunas importantes de atendimento de especialidades, saúde mental e de reabilitação física;

4) Falta de vagas hospitalares, agravada pela falta de um sistema de comunicação em tempo real entre o SAMU e as UPA e pela disponibilidade de ambulâncias para transporte;

5) Desigualdade de recursos entre os serviços da Atenção Básica, o que impede uma maior absorção da demanda e um desvio de usuários para as UPA;

6) Falta de orientação aos pacientes internados nos hospitais para a continuidade dos tratamentos na Atenção Básica.

Fase de Análise da situação para identificar as origens e explicações sobre o modelo atual, envolvendo tanto a análise histórica quanto a análise empírica da prática atual.

O primeiro estímulo para as sessões de análise histórica foi a lista das seis problemáticas, criada pelos participantes. Para que sua análise fosse estimulada, sugeriu-se a construção de uma linha histórica da Rede SUS no município, a partir da data de inserção mais antiga dos participantes, em 1988. Os resultados desta fase, além da construção da “linha do tempo” de implantação do SUS no município, foram a compreensão sobre as mudanças que refletem nos problemas observados atualmente. São mudanças que transformam qualitativamente o objeto do sistema de atividade e as relações entre os diversos elementos do sistema^{15,16}.

Segundo relato, a Rede de Saúde Pública era composta pelos dois hospitais e vinte e quatro UBS. As últimas eram unidades clínicas, com ações assistenciais de enfermagem pré e pós consulta, de porta aberta e sem agendamento prévio. Os que vivenciaram o período avaliaram que havia maior e melhor comunicação entre os serviços primários e terciários; como havia menos hierarquização, os profissionais tinham mais autonomia e o atendimento era mais integral, voltado para todas as necessidades dos casos. Havia ainda as ações programáticas do governo do Estado e uma busca ativa de cobertura de imunização considerada muito eficiente.

Foram lembrados eventos históricos que levaram às mudanças importantes nos modelos de atenção em saúde vigentes no Brasil e suas expressões na Rede de Saúde do município. O atendimento aos acidentados do trabalho do mercado formal era de responsabilidade do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), e, após 1990, a assistência foi transferida em estrutura e tarefas para o SUS (Siste-

ma Único de Saúde), subordinado ao Ministério da Saúde, mas cuja gestão passou aos estados e municípios. Em 1993, o processo se completou com a extinção do INAMPS e municipalização dos servidores federais, transferência dos espaços físicos e equipamentos, bem como das responsabilidades e competências. No município, no antigo prédio do INAMPS passou a funcionar a Clínica de Especialidades do SUS.

Em 1992, foi aberta a Unidade Mista de Pronto Atendimento, tanto funcionando como pronto socorro (porta aberta) e unidade básica de saúde (com agendamento). Esta unidade foi fechada em 1995 e foram criadas as quatro UPA hoje existentes. Para os participantes foi uma decisão política problemática, pois acabou, na prática, com o sistema de porta aberta das consultas de Atenção Básica e direcionou a população a procurar as UPA para a resolução mais imediata de problemas de saúde, independentemente se estes se enquadram ou não nos critérios de urgência e emergência. Na visão do grupo foi uma inversão do modelo SUS, hierarquizado por níveis de complexidade, que se mantêm até os dias atuais.

Nos anos de 1996 a 1997, com a Reforma Psiquiátrica e o fechamento dos chamados manicômios, foi criado, no município, o Ambulatório de Saúde Mental, com ações embrionárias dos serviços que iriam se constituir em CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial), criados em 2008.

O PSF (Programa de Saúde da Família) foi criado no município em 2001 com cinco unidades, constituindo-se em outro evento histórico significativo, introduzindo no sistema o profissional Agente Comunitário de Saúde e o atendimento médico e de enfermagem domiciliar, para acompanhamento da saúde da população adstrita. Atualmente são 54 unidades de PSF e 12 UBS, entretanto, os participantes analisaram que por não haver uma uniformidade de estrutura e de recursos humanos nestes serviços, nem todos respondem às necessidades de saúde de seus usuários.

Quanto ao atendimento ao trabalhador, em 1991, antecipando-se às mudanças federais, foi criado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador e em 1997 o PST (Programa de Saúde do Trabalhador) com expansão da equipe e incremento das ações de vigilância. Em 2003, foi ampliado para CRST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e posteriormente em CEREST (Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador).

Em 2002, por decreto municipal^{VII}, foi instituída a RAAT (Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho), um sistema de notificação obrigatório de atendimento ao trabalhador acidentado, independente da natureza do vínculo empregatício. Este instrumento integra o SIVAT (Sistema de Vigilância em Acidente de Trabalho) cuja central de dados é o CEREST do município, serviço responsável pela análise dos dados, geração de indicadores de acidentalidade e outros, e desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. A criação do SIVAT foi classificada como evento histórico. Os participantes apontaram a relevância de ampla capacitação a respeito dessas mudanças, ocorrida naquela época, mas que não se repetiu em períodos posteriores, mesmo havendo alta rotatividade de profissionais na rede, ocasionando os problemas atuais observados nos profissionais de saúde quanto à compreensão e notificação pela RAAT.

Em 2013, com o Programa Mais Médicos do governo federal, interrompido em 2016, houve um incremento de profissionais médicos nos PSF e UBS, melhorando a oferta de consultas.

Após a construção desta linha do tempo e a identificação dos eventos históricos, o grupo foi estimulado a realizar a análise empírica atual, situando os serviços a que pertencem a partir dos elementos do Sistema de Atividade (figura 1) (estímulo secundário), o que os levou a discutir sistemicamente a repercussão dos eventos históricos nas atividades atuais. Essa estratégia ajudou-os a compreender, por exemplo, a dinâmica de trabalho nos diversos serviços da rede, assim como os problemas que se situam “na interface” entre eles.

Fase de Modelagem de uma nova relação explicativa e exame de um novo modelo que ofereça uma perspectiva de resolver a situação problemática:

Após análises dos problemas, chegou-se ao consenso de que a perspectiva que poderia solucionar os problemas identificados seria a de construção de uma *linha de cuidados aos acidentados de trabalho*, entendida como um fluxo organizado, que teria início na entrada do usuário

VII Decreto Lei Municipal n. 9.951/2002 (Dispõe sobre a notificação obrigatória dos acidentes do trabalho através do Relatório de Atendimento ao Acidentado de Trabalho).

acidentado nos serviços de urgência e emergência (SAMU, COT, UPA e Pronto Socorros dos hospitais). A partir destes pontos se abre um percurso orientado por esses serviços e posteriormente pela Atenção Básica, que se estende, conforme as necessidades do caso, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar, saúde mental, reabilitação física e outros, no formato como também orientam os autores MERHY e CECÍLIO¹⁷.

Para melhorar a articulação entre os serviços, superando a fragmentação existente, o grupo indicou como primeira ideia a implementação imediata do Prontuário Único, onde os dados de atendimento dos serviços estariam disponibilizados *on-line* para toda a Rede SUS. Entretanto, embora o projeto do prontuário único já exista há oito anos na Secretaria de Saúde, ele ainda não foi concretamente viabilizado e depende de decisões mais burocráticas, como a empresa que se responsabilizará pela sua implementação e a disponibilidade de recursos de computadores e rede para todas as unidades de saúde.

Foi colocado, entretanto, que o prontuário único iria certamente melhorar a articulação e a organização do fluxo dos pacientes entre os serviços, mas não resolveria a falta de comunicação entre seus profissionais, identificada pelos participantes. Os mediadores apresentaram como estímulo um vídeo sobre uma região do interior paulista que aderiu a um programa de humanização e criou espaços regulares para encontro entre os profissionais dos diferentes serviços, a fim de discutirem casos e buscarem de forma compartilhada a resolutividade dos mesmos. Os participantes analisaram que seria muito difícil esse tipo de estratégia no município, principalmente relativo às reuniões periódicas entre os serviços da Atenção Básica e os serviços de urgência e emergência. Houve um consenso que a transformação conceitual e estrutural do Núcleo de Educação em Saúde (NAES), hoje composto por apenas uma enfermeira, seria o início para resolução deste problema. A transformação conceitual deverá ser em direção à vigilância em saúde e à humanização em saúde, de modo que o NAES se constitua em um espaço facilitador e propulsor da articulação em Rede.

Profissionais de um dos hospitais conveniados da Rede SUS do município sugeriram a participação efetiva no Projeto Alta Orientada, em curso nos dois hospitais conveniados. Esse projeto consiste em uma arti-

culação entre os profissionais que atuam na alta hospitalar e os profissionais que irão receber os pacientes nos serviços da Atenção Básica. O paciente recebe um documento com seu Plano de Alta, onde devem constar as necessidades de continuidade dos cuidados, inferidas pela equipe hospitalar. Já a unidade de referência recebe o referido documento por e-mail, de modo que é possível estabelecer e manter o contato entre a unidade hospitalar e a unidade da Atenção Básica, e favorecer a trajetória terapêutica do usuário. O documento, construído conjuntamente por esses profissionais, está sendo testado e remodelado para abranger melhor o cuidado ao acidentado do trabalho.

Os dois grupos – hospitais e Atenção Básica – fazem reuniões mensais para discussão e superação dos entraves percebidos no trânsito dos casos. O processo envolve ainda uma orientação mais detalhada e didaticamente explicativa ao paciente e sua família, pela equipe de enfermagem do hospital, sobre a situação do paciente no momento da alta e os próximos passos de tratamento. Foi amadurecido também o debate sobre o papel das UPA como “sinalizadores” dos casos de acidentados de trabalho que procuram esses serviços, mas não são de urgência ou emergência.

O estímulo secundário que favoreceu as análises e discussões direcionadas à um novo modelo de atenção em linha de cuidado integral foi o conceito *Integralidade em Saúde*. Trata-se de um princípio doutrinário do SUS, assentado em dispositivos que orientam o cuidado integral – o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolubilidade, os quais se realizam por meio de um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas¹⁸.

Outros aspectos foram igualmente apresentados com a finalidade de estimular a mudança conceitual na reorientação dos sujeitos para com seu objeto de trabalho, como o cuidado em saúde¹⁹; as tecnologias leves¹³ e a intersetorialidade²⁰.

Diante da complexidade de remodelagem de um novo modelo no contexto adverso atual, o grupo decidiu (fase de exame das soluções e criação de projeto piloto para testá-las) focalizar duas necessidades da linha de cuidados que julgaram sob sua governabilidade: (1) a melhoria da notificação pela RAAT com mudanças nas informações do 1º atendimento e complementação dos dados de continuidade assistencial; (2) o

projeto Alta Hospitalar Orientada e sua articulação com os serviços de Atenção Básica.

Para o aprimoramento da RAAT, decidiu-se esperar pelo resultado da licitação de renovação de contrato da empresa de informática terceirizada, responsável pela implantação e manutenção dos bancos de dados da Prefeitura. Após o resultado, o grupo planejou se reunir com a vencedora para apresentar as sugestões de mudança na RAAT, tanto as de supressão de dados considerados desnecessários para a notificação e intervenção da VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador) quanto as de inclusão de informações sobre os tratamentos assistenciais do acidentado de trabalho.

O aspecto mais enfatizado, entretanto, foi a necessidade de *Formação Continuada* sobre estes bancos de dados e suas finalidades de intervenção e prevenção, para os profissionais dos serviços de pronto atendimento aos trabalhadores acidentados, como já ocorreu no passado. A proposta é de que sejam retomadas as devolutivas regulares dos dados epidemiológicos pelo CEREST, oferecendo uma visão mais ampliada da notificação e das ações concretas de VISAT.

Outra medida a ser negociada com a empresa vencedora é a disponibilização do programa de emissão da RAAT para todas as unidades de saúde da Rede SUS do município, ampliando a cobertura do sistema de notificação. A inovação está na ideia de que outros profissionais, além do médico, possam notificar, sendo esta portanto, uma mudança conceitual relevante neste instrumento.

O projeto piloto da Alta Hospitalar Orientada inicia-se no Hospital Santa Casa de Misericórdia, por meio de dois acidentes de trabalho de maior gravidade. O primeiro, já em acompanhamento pelo grupo, tem 19 anos, foi acidentado em novembro de 2017, com amputação de dedos da mão direita e 40 dias de internação. O segundo será posteriormente escolhido dentre os casos com internação, ocorridos em novembro de 2017. Serão construídas suas trajetórias assistenciais em fluxogramas analisadores, para o grupo analisar e comparar ambos os itinerários terapêuticos, com e sem o “controle” do grupo de LM. Tal análise objetiva enriquecer o experimento para uma expansão conceitual sobre a linha de cuidados.

Na figura Figura 3 estão representadas as sessões conforme a predominância das ações no ciclo e os respectivos atores-profissionais presentes.

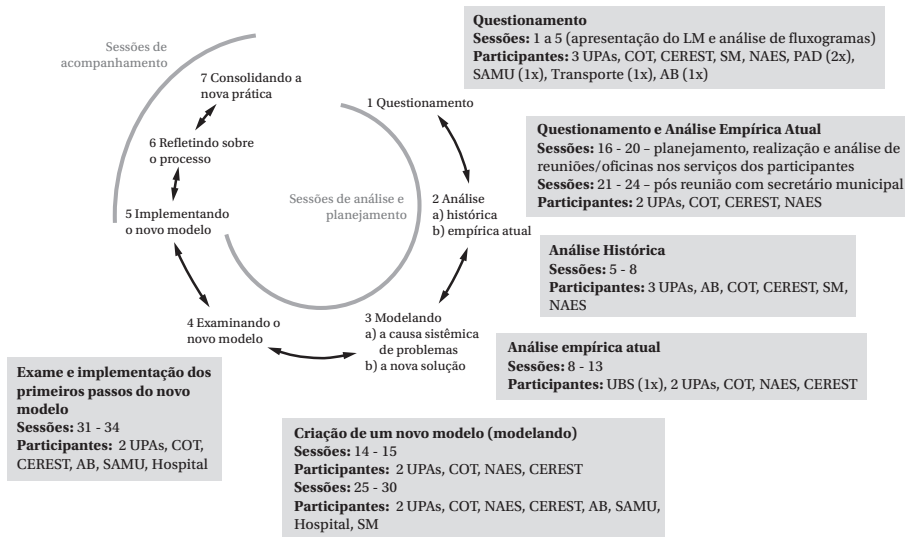


Fig.3. As sessões e os atores da intervenção, conforme as ações do ciclo de aprendizagem expansiva

Legenda: UPA: Unidade de Pronto Atendimento; COT: Centro de Ortopedia e Traumatologia; CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; SM: Saúde Mental; NAES: Núcleo de Educação em Saúde; PAD: Atendimento Domiciliar; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; AB: Atenção Básica

As fases seguintes serão a *reflexão sobre o processo de aprendizagem expansiva* e posteriormente a *consolidação e generalização dos resultados, transformando-os em uma nova forma de prática estável*³. Após sua finalização será possível avaliar se as mudanças implementadas foram consolidadas e se houve generalização dos conceitos e mediadores criados para a linha de cuidados pensada como solução. Na fase atual é possível responder se os participantes aprenderam e expandiram a compreensão sobre seu objeto, como será discutido na seção seguinte.

Discussão

Análise dos pesquisadores sobre a intervenção no LMI – Linha de cuidados aos acidentados de trabalho

Considerando que este LMI é um projeto ainda em curso, esta discussão refere-se a alguns aspectos da aprendizagem dos participantes profissionais de saúde da Rede SUS municipal – como a transformação dos modos de pensar e das formas de colaboração. Não se trata de uma avaliação completa da intervenção, a qual poderá ser realizada após as duas próximas etapas – consolidação das mudanças implementadas e transformação em prática estável.

Na fase de questionamento houve várias manifestações de fala que indicaram a presença de distúrbios na realização das ações de cuidado aos usuários, rupturas e lacunas no fluxo destas ações, que foram indesejadas pelos participantes; além de relatos de algumas medidas organizacionais tomadas para contornar tais problemas e também soluções iniciais. No entanto, as medidas tomadas estavam localizadas no interior de cada serviço sem que houvesse um planejamento integrado entre eles. A fala a seguir é um dos exemplos destas manifestações:

“Quando os médicos chegavam para trabalhar no seu plantão na UPA eles mesmos se auto organizavam para trabalhar naquele dia, a depender da demanda que apresenta grande variabilidade todo dia. Eles decidiam quem passaria visita nos quartos com os pacientes internados em observação e quem atenderia a porta (os pacientes que já passaram pelo acolhimento e estavam aguardando consulta médica). Se a demanda era muito alta, por exemplo, 15 pacientes internados e eles estavam em número de três médicos, eles dividiam 5 pacientes para cada um e somente iriam atender a demanda da porta quando terminassem as avaliações dos internados. Ao mesmo tempo chegavam as emergências para as quais eles se revezavam uma a uma. Isto gerava uma espera de 3 a 4 horas na recepção, muito conflito e insatisfação dos pacientes que eram obrigados a esperar. Aí criamos a solução de um médico horizontal, um plantão de 12 horas que assumia as visitas dos internados e as emergências do dia. Os demais médicos atendiam as consultas de porta. A solução facilitou para os pacientes que aguardavam a consulta pois diminuiu muito o tempo de espera e também para o trabalho da enfermagem que agora lida com apenas um médico de referência para os pacientes internados e as emergências” (Coordenadora de UPA).

Esta solução implementada demonstra uma vontade coletiva de equacionar o desnivelamento entre demanda e recursos, que resolve o conflito imediato entre pessoas (profissionais e usuários e profissionais e profissionais), mas não resolve questões históricas dos fluxos orientados por complexidade, uma vez que os dados estatísticos revelam que uma grande parcela dos usuários que procuram as consultas médicas na UPA não são casos que se enquadram nos critérios de pronto atendimento e cujos recursos demandados estão alocados nas unidades de atenção básica. Nesta fase, a compreensão dos participantes sobre acolhimento e bom atendimento estava circunscrito à “porta para dentro do serviço” e não em uma visão sistêmica de trabalho em rede.

Neste sentido, como ferramenta analítica para os problemas discutidos foi ofertado o conceito de Integralidade em Saúde, uma das diretrizes do sistema SUS. Na abordagem do cuidado integral, a Intersetorialidade torna-se um arranjo essencial, uma vez que para serem alcançados os resultados não dependem unicamente de cada serviço, mesmo que cada um isoladamente desempenhe muito bem seu papel, eles dependem de uma articulação entre os diferentes serviços envolvidos no cuidado, demandados pelas necessidades singulares de cada caso e das tecnologias requeridas aos diferentes níveis de atenção, sejam as ações da atenção básicas, das especialidades, do atendimento hospitalar e das práticas de reabilitação²⁰. Um entendimento mais próximo desse conceito foi alcançado a partir da análise histórica, resgatada desde 1988 até os dias atuais. Tanto a compreensão sobre o desenvolvimento da atenção aos acidentados do trabalho ao longo de sua história, quanto a análise empírica atual, tendo como mediador o modelo de sistema de atividade, cumpriram a finalidade de ampliar o entendimento do grupo sobre a natureza sistêmica dos problemas identificados e sobre as soluções não estarem apenas no nível do comportamento dos profissionais ou nos instrumentos tradicionais de gestão, como era a visão demonstrada nas primeiras sessões do LM.

Embora os participantes tenham construído esta visão mais abrangente dos problemas, as soluções escolhidas e testadas em experimentos foram mais pontuais do que sistêmicas, embora a intencionalidade e o alcance de tais mudanças sejam expansivas. Os participantes reconhece-

ram a existência de distúrbios de interação, exemplificado pela presença de conflitos de tamanha magnitude entre as pessoas, que foi expressado, dramatizado e denominado pelos participantes como “Rede da Ira”, o que por si só demonstra a intensidade e relevância da problemática. Os três modos de colaboração de RAETHEL²¹ e FICHTNER²², modelados por ENGSTRÖM²³ quando analisados nas práticas de trabalho, contribuem na interpretação dessas constatações.

Os modos de colaboração dizem respeito a: Coordenação, Cooperação e Comunicação. A *coordenação* é o fluxo de interação observado na Rede de Saúde, onde há um “roteiro de interação/trabalho” no qual cada ator age em separado com seu objeto de trabalho, de acordo com papéis e objetos nele definidos. Os distúrbios de coordenação ocorrem quando os papéis dos atores e o objeto da atividade entram em conflito ou quando há roteiros concorrentes. A *cooperação* é uma forma de interação onde os atores se concentram em um objeto compartilhado, e em um problema compartilhado tentando encontrar uma maneira de mutuamente conceituar a situação e solucionar os problemas, indo além do roteiro prescrito pela organização. A *comunicação* é um modo onde conscientemente os atores reformulam seus papéis e o roteiro de interação por compreender o objeto como permanentemente compartilhado.

No caso do LM Interfronteiras da Rede SUS, os atores puderam resolver alguns distúrbios que traziam perturbações no roteiro de interação, como no caso da reorganização do trabalho com o médico horizontal. A proposta de organizar a linha de cuidados aos acidentados de trabalho também caminhou na direção de arrumar a coordenação, uma vez que os experimentos escolhidos para a implementação piloto são modelos desse roteiro com os distúrbios suprimidos. No entanto, o objeto ou motivo do sistema não está realmente compartilhado a partir das necessidades de saúde de cada caso, ou seja, as inovações realizadas não deram conta ainda de superar a fragmentação das atribuições em separado, o que levaria ao surgimento de relações de cooperação ou comunicação para além das amarras do roteiro.

Quando o objeto dos atores/participantes do sistema é reconceitualizado, eles também deliberam sobre as ações de mudanças (expressão de aprendizagem expansiva individual e coletiva), gerando conhecimento inovador que impulsiona transformações qualitativas nas atividades de trabalho.

Portanto, a mudança na forma de pensar é um dos passos para a transformação consciente da prática coletiva de trabalho, mas outros ainda são necessários. Quando isso ocorre, as inovações alcançadas não vão se reduzir apenas as práticas organizacionais, mas irão se constituir em desenvolvimento da capacidade continuada dos profissionais rumo a expansão do seu objeto de trabalho, com o suporte de novas ferramentas conceituais e práticas.

Todos os passos rumo à transformação são sensíveis a alguns aspectos que dizem respeito ao sistema de atividade em questão e a atividade temporária de aprendizagem, reconhecida como “a intervenção”.

Um desses aspectos é a construção da intervenção por todos, mediante a complexidade de um LM Interfronteiras. No entanto, enfrentou-se, por exemplo, o problema da não participação de alguns atores-chave, como no caso da Atenção Básica (AB). Participantes da AB estiveram ausentes sistematicamente por treze sessões, tendo retornado na 25ª sessão, já na fase de desenho do novo modelo (figura 3). As nossas estratégias de negociação com diferentes níveis hierárquicos superiores para garantir a presença dos atores-chave não foram capazes de superar obstáculos como impossibilidades administrativas, férias dos profissionais e outras demandas priorizadas em detrimento das sessões de LM. Parte da ausência dos participantes em geral pode ser explicado pelo modelo de gestão adotado no município – modelo biomédico produtivista¹⁸, agravado por um contexto de “façam mais com menos”.

Outro aspecto diz respeito especificamente à construção da demanda junto ao gestor municipal. É esperado pelo método que a demanda seja formulada por aqueles que têm o problema. Neste caso, era desejável que o Secretário Municipal de Saúde estivesse envolvido mais diretamente na etapa de formulação da demanda, embora tenha dado sua anuência para o trabalho de intervenção. Diante da impossibilidade de participação do Secretário e de Coordenadores da hierarquia maior da gestão, não foi possível construir uma aliança que levasse à crença dos participantes pela implementação da totalidade das mudanças criadas pelo grupo, tendo sido escolhidas aquelas para as quais o grupo julgou ter governabilidade de transformação.

Nesse caso exemplificado, a transformação sistêmica possível a partir do LM está relacionada ao grau de confiança dos participantes em rela-

ção ao gestor do sistema e no sentimento de terem eles próprios governabilidade para ações inovativas. Dessa forma, embora o LM traga em sua abordagem teórico-metodológica esse potencial, nem sempre ele é alcançado na sua completude. Nesse contexto, o possível foi escolher experimentos com mais possibilidades de mudanças por estarem mais voltados aos instrumentos (RAAT, linha de cuidados) e aos sujeitos do sistema (figura 1).

Destaca-se, para finalizar, que no processo de produção dos cuidados de saúde, os usuários dos serviços vão em busca do consumo de um objeto que é imaterial – as ações de saúde – que tem um valor de uso fundamental e que permite que sua saúde seja restabelecida ou mantida, ou seja, que tem a manutenção da vida humana como resultado final²⁴. Há, portanto, uma especificidade nesta relação de produção e consumo que é o *trabalho vivo em ato*, operado por tecnologias resultantes de encontros de subjetividades entre cuidadores e usuários¹³. São, portanto, ferramentas conceituais e práticas que se inserem no território das *tecnologias leves*, que não podem ser plenamente capturadas pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saberes estruturados) devido à sua natureza imaterial e intersubjetiva, mas que, em última análise, são expressões reais da agência transformativa^{VIII} dos atores/protagonistas.

Considerações finais

Este estudo mostra que o LM tem o potencial de formação, ou reconceitualização e “re-mediações” das relações de um sistema ou uma rede de sistemas, baseado nas causas invisíveis dos problemas, ou seja, há potencial para compreensão mais expansiva dos distúrbios que vêm atingindo uma atividade. Essa compreensão sistêmica e histórica dos problemas por parte dos atores locais, em um ambiente de participação e aprendizagem coletiva, propicia condições de desenvolvimento expansivo, por ser uma metodologia formativa, que visa a um novo conceito do objeto e a um novo modelo de atividade.

VIII Agência transformativa ou transformadora refere-se a romper com determinada estrutura de ação e tomar iniciativa para transformá-la. Provém do exame dos distúrbios, conflitos e contradições na atividade coletiva, através da emoção e da análise. Está intimamente relacionada à aprendizagem expansiva²⁵.

Uma das principais diferenças em relação a outras metodologias participativas é seu aparato teórico – a Teoria da Atividade Histórico Cultural, onde a unidade mínima de análise é um sistema de atividade. A transformação expansiva do objeto da atividade, chamada de aprendizagem expansiva, ocorre através de ações específicas que são intencionalmente planejadas através de sequências de estimulações duplas. Esse conjunto de conceitos é ao mesmo tempo o ponto forte e um desafio. É forte, pois auxilia os mediadores e os atores locais a analisarem e modelarem soluções aos seus problemas de forma sistêmica e histórica. No entanto, o desafio está na exigência de domínio destas ferramentas, pois demanda a familiaridade do mediador com esta teoria.

Experiências com o método mostram que o processo de aprendizado expansivo é um processo longo e imprevisível. O processo de modelagem e implementação são processos que demandam tempo e esforço contínuo. Um dos desafios durante a implementação de novas soluções é não deixar que o novo modelo seja absorvido pelo velho. Para evitar isso, deve-se manter um espaço de aprendizado contínuo após o fim do primeiro LM. No caso relatado, a estratégia pensada foi a (re)criação da Educação Permanente em Saúde como espaço possível para esse aprendizado.

Finalmente, ressalta-se que há diferenças culturais e especificidades de aplicações na realidade brasileira. O método foi criado em um país altamente desenvolvido, com uma cultura diferente e aplicado em organizações com fronteiras relativamente bem definidas. No nosso contexto, fazem-se necessárias intervenções com um número maior de atores, o que cria a necessidade de adaptação do método original. Em outras palavras, a unidade de análise das intervenções do LM vem se expandindo para rede de sistemas de atividades cada vez mais complexas, como a analisada neste estudo. Tal expansão requer um processo de adaptação cultural da metodologia por meio de experimentações que atendam às especificidades das nossas demandas.

Apoio financeiro

Projeto de Pesquisa Temático denominado “Acidente de Trabalho: da análise sociotécnica à construção social de mudanças”, projeto apoiado

do pela FAPESP (Proc. 2012/04721-1), e bolsa de pós-doutorado Fapesp (2015/13301-4) destinada à Amanda A S Macaia.

Referências

1. Long N. *Development sociology: actors perspectives*. London: Routledge; 2001.
2. Engestrom Y. From design experiments to formative interventions. *Theory & Psychology*. 2011; 21(5):598-628.
3. Virkkunen J e Newnham DS. *O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015.
4. Engeström Y, Virkkunen J, Helle M, Pihlaja J, Poikela R. The change laboratory as a tool for transforming work. *Lifelong Learning in Europe*. 1996;1(2):10-7.
5. Virkkunen J, Engeström Y, Helle M, Pihlaja J, Poikela R. Change Laboratory – A tool for transforming work. In: Alasoini T, Kyllönen M, Kasvio KA (Eds). *Workplace Innovations-a way of promoting competitiveness, welfare and employment*. Helsinki: National Workplace Development Program.Report n. 3; 1997. p.157-74.
6. Engeström Y. *Learning by Expanding: An Activity Theoretical Approach to Development Research*. Helsinki: Orienta Konsultit Ou; 1987.
7. Engeström Y. *Aprendizagem Expansiva*. Campinas: Pontes Editores; 2016.
8. Vygotsky LS. *Mind in society: The development of higher mental process*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
9. Cole M. *Cultural Psychology: A once and future discipline*. Cambridge MA:Harvard University; 1996.
10. Lektorsky VA. Mediation as a means of collective activity. In Sannino A, Daniels H, Gutierrez KD (Eds). *Learning and Expanding with Activity Theory*, (pp. 75-87). Cambridge: University Press; 2009, p. 75-87.
11. Querol MAP, Jackson Filho JM, Cassandre MP. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. *Administração: Pesquisa e Ensino*. 2011;12(4):609-40.

12. Halea AR, Alea BJM, Goossensa LHJ, Heijera T, Bellamyb LJ, Mudc ML et al. Modelagem de acidentes para priorizar a prevenção. *Reliability Engineering and System Safety*. 2007;92:1701-15.
13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/ Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p.71-112.
14. Takahashi MABC, Cervený GC. Impacto social dos acidentes de trabalho no município de Piracicaba(SP): intervenção e busca compartilhada pela integralidade em saúde. In: Asensi F, Pinheiro R., Mutiz PA (Org). *Bioética, Trabalho e Educação em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Multifoco, 2016. p.67-77.
15. Sewell Jr, WH. Historical events as transformation of structures: inventing revolution at the Bastille. *Theory and Society*. 1996;25:841-881.
16. Pereira-Querol, MA. Learning Challenges in Biogas Production for Sustainability. *Studies in Educational Science*. 2011; 239.
17. Merhy EE, Cecilio LCO. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: UNICAMP; 2003.
18. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Costa LV, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.459-491.
19. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
20. Pinheiro R; Ferla A; Silva Jr AG. Integrality in the population's health care programs. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(2):343-49.
21. Raeithel A. *Tätigkeit, Arbeit und Praxis*. Frankfurt am Main: Campus; 1983.
22. Fichtner B. Coordination, cooperation and communication in the formation of theoretical concepts in instruction. In: Hedegaard M, Hakkarainen P, Engeström Y. (Eds). *Learning and teaching on a scientific basis: methodological and epistemological aspects of the activity theory of learning and teaching*. Denmark: Aarhus University Press; 1984, p. 207-27.

23. Engeström Y. *From teams to knots: Activity-theoretical studies of collaborations and learning at work*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
24. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
25. Haapasaari A, Engeström Y, Kerosuo H. The emergence of learners' transformative agency in a Change Laboratory intervention. *Journal of Education and Work*. 2016;29(2):232-62.

Fundamentos, motivações e dificuldades da pesquisa-ação na opinião de alguns pesquisadores

Renata Ferraz de Toledo^I
Pedro Roberto Jacobi^{II}
Francisco Nilson Paiva dos Santos^{III}

A produção bibliográfica e acadêmica sobre pesquisa-ação, na forma de livros, artigos, dissertações e teses, vem crescendo nos últimos anos^{1,2,3,4}, assim como seu reconhecimento, enquanto uma metodologia científica inovadora e capaz de integrar a produção de novos saberes ao desenvolvimento de ações com forte potencial de transformação social^{5,8,10}. Ao possibilitar práticas de pesquisa, ensino e extensão, a pesquisa-ação constitui-se como uma das mais eficazes alternativas para que as universidades cumpram seu papel junto à sociedade⁶.

Na expectativa de contribuir para sua qualificação, considera-se também fundamental aproximar o diálogo entre as abordagens teóricas, que vêm sendo produzidas sobre o assunto, da sua aplicabilidade. Assim, o presente capítulo pretende apresentar a opinião de alguns pesquisadores, levantadas por meio de questionários, sobre os fundamentos da pesquisa-ação, motivações e dificuldades para desenvolvê-la, assim como discutir e promover reflexões a partir dos resultados obtidos.

-
- I Renata Ferraz de Toledo (renata.toledo@fmu.br). Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental da FMU e do Programa de Mestrado Profissional Ambiente, Saúde e Sustentabilidade da FSP/USP.
- II Pedro Roberto Jacobi (prjacobi@usp.br). Doutor em Sociologia. Professor Titular da Faculdade de Educação e do Programa de Pós Graduação em Ciência Ambiental da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Acompanhamento e Estudos de Governança Ambiental - GovAmb/IEE.
- III Francisco Nilson Paiva dos Santos (franpaivasantos1975@gmail.com). Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental da FMU. Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde Paraisópolis II, Hospital Albert Einstein.

Os participantes foram identificados e selecionados em pesquisa de pós-doutorado, a partir de revisão sistemática de dissertações e teses de caráter interdisciplinar, na interface das áreas da saúde, educação e meio ambiente, desenvolvidas por meio da pesquisa-ação, nas universidades estaduais paulistas (USP, UNICAMP e UNESP), no período compreendido entre 1990 e 2010^{1,7}. Optou-se por contatar para o envio dos questionários professores/pesquisadores que haviam sido responsáveis pela orientação de 3 ou mais estudos, além disso, as leituras de algumas pesquisas identificadas na revisão motivaram também o envio do mesmo instrumento para determinados pós-graduandos/pesquisadores.

Foram então convidados a responder ao questionário 11 professores/pesquisadores e 10 pós-graduandos/pesquisadores, entretanto, obtivemos respostas de 5 professores/pesquisadores, sendo estes das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública/USP, Faculdade de Educação/USP, Faculdade de Educação Física/UNICAMP, Instituto de Geociências/UNICAMP e Faculdade de Filosofia e Ciências/UNESP; e de 4 pós-graduandos/pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Educação/USP, Faculdade de Medicina/USP, Faculdade de Saúde Pública/USP e Instituto de Geociências/UNICAMP. A análise destes questionários foi realizada conjuntamente e, por questões éticas, na apresentação e discussão dos resultados obtidos o nome dos respondentes não será revelado. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi devidamente enviado e assinado pelos respondentes.

Principais fundamentos da pesquisa-ação

A **participação ativa dos sujeitos** envolvidos na problemática investigada, bem como do pesquisador, no processo de pesquisa-ação, esteve presente em todas as respostas, ao serem questionados sobre os principais fundamentos dessa metodologia, como nos trechos transcritos a seguir: “*participação ativa e consciente dos próprios sujeitos, entre os quais o próprio pesquisador*”; “*exercício do poder decisório e escolha de alternativas para o bem comum*”; “*participação dos envolvidos no processo investigativo*”; “*participação, cooperação, atuação ativa dos pesquisa-*

dores”; “o pesquisador está em contato direto com a realidade na qual está investigando”; os participantes “devem se constituir em sujeitos desse processo investigativo”.

Outro aspecto bastante recorrente foi o potencial de problematização e transformação da realidade, de determinadas práticas e/ou de situações indesejadas, no decorrer do processo de pesquisa e intervenção, a saber: “(...) de modo que os sujeitos possam se transformar e impactar a realidade durante o próprio processo de pesquisa”; “problematização e leitura crítica da realidade”; “percepção da realidade e possibilidade de sua transformação por meio de ações de sujeitos inseridos social e historicamente em contextos culturais complexos”; “pesquisador enquanto elemento ativo na modificação de determinadas práticas, desde que haja interesse dos participantes do contexto que receberá a investigação”; “contribui para transformar realidades”; “ação efetiva dos interessados na resolução de problemas coletivos”; “processo de transformação da cultura escolar^{IV}, em que novas práticas participativas e de gestão democrática vão sendo implementadas e consolidadas” (...), os participantes “se envolvem efetivamente para a sua mudança”.

A **produção/construção coletiva de novos conhecimentos**, por meio do diálogo de diferentes saberes, também foi reconhecida pelos respondentes como um dos “produtos” gerados no decorrer do processo de uma pesquisa-ação: “mobilização de vários tipos de saberes: saberes de uma prática reflexiva, saberes de uma teoria especializada, saberes de uma militância pedagógica”; “o processo de formação crítico-reflexivo implica produzir desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional”; “favorece o aprendizado pela prática”; “ampliação do conhecimento sobre os problemas coletivos”; “visa a construir conhecimentos e ações engajadas na transformação da realidade, a partir da consideração dos saberes, anseios e experiências de uma diversidade de sujeitos e de campos sociais e institucionais que convergem para a construção coletiva de processos/projetos/propostas de intervenção”; “construção conjunta de conhecimentos”; “contribui, com este processo, para a construção de um conhecimento novo”.

IV Alguns pesquisadores que responderam aos questionários desenvolveram seus projetos em escolas, o que justifica a utilização de termos associados a este contexto em algumas respostas.

Outro fundamento destacado pelos pesquisadores nas respostas foi a **articulação entre teoria** e prática no processo de pesquisa e intervenção, como nos trechos a seguir: *“processo de compreensão teórica dos movimentos da realidade, articulando ações incisivas para a transformação desses mesmos movimentos”*; *“intencionalidade da pesquisa enquanto processo teórico e prático”*; *“relação fertilizante entre teoria e prática”*; *“valoriza explicitamente o saber docente e a prática como elementos fundamentais para o processo de investigação”*.

Foi lembrada também por alguns respondentes a preocupação, enquanto **objeto de investigação** de uma pesquisa-ação, para com **situações reais**, concretas, ou seja, vivenciadas diretamente pelos sujeitos da pesquisa: *“o objeto de investigação é constituído pela situação social e não pelos indivíduos”*; *“investigações em situações concretas, configurando o que se tem denominado de epistemologia da prática”*; *“induz a atenção para o acontecimento, o local, o contexto”*; *“tomando seus problemas reais, concretos, suas dificuldades e desafios cotidianos como objeto de investigação”*.

Outras características da pesquisa-ação, relativas à abordagem **qualitativa**, sua **intencionalidade**, seu **potencial crítico-reflexivo, educacional**, voltado para a **autonomia** e o **empoderamento** dos sujeitos envolvidos, bem como de **ruptura para com pressupostos positivistas** estiveram, da mesma maneira, presentes em algumas respostas: *“empoderamento, autonomia”*; *“contribuir para a formação do professor crítico e reflexivo a partir da investigação contínua de sua prática”*; *“investigação sistemática e intencional”*; *“ato cognitivo e crítico”* que pode propiciar aos envolvidos *“adquirir confiança na prática reflexiva”*; *“abordagem no campo da pesquisa qualitativa, reflexiva, crítica, com possibilidade de ruptura de pressupostos positivistas/racionalistas das ciências sociais”*.

Opção pela metodologia da pesquisa-ação

Ao serem questionados sobre os motivos que levaram a escolha da metodologia da pesquisa-ação nas pesquisas desenvolvidas ou orientadas, foram mencionados aspectos como: área de atuação; por seu caráter

participativo, dialógico; seu potencial de intervir na realidade investigada e produzir conhecimentos no decorrer desse processo; entre outros, conforme a seguir: *“a intenção era retribuir imediatamente os estudos e resultados de pesquisa para os participantes”*; *“pela maior identificação e interesse pelos temas e conteúdos abordados na pesquisa; aspectos esses favorecidos por trabalhos que se desenvolvem de forma participativa”*; *“por ser a atuação profissional nesta área de intervenção nosso principal alvo”*; *“quando manifestaram interesse em modificar suas práticas”*; *“por trazer resultados práticos a partir de tomada de decisões em grupo”*; *“porque a formação do professor não pode estar dissociada da transformação de procedimentos didático-pedagógicos e de posturas na escola, ou seja, baseou-se no entendimento de que é possível ao professor, por meio da pesquisa-ensino, transformar a sua prática, no mesmo tempo em que sua prática pode colaborar para a transformação da escola e a realidade a sua volta”*; *“por querer desenvolver uma metodologia de avaliação participativa”*, e o tema da pesquisa *“exigia, portanto, uma relação de proximidade, adesão e participação”*.

Pela possibilidade de *“contribuir/alterar o ambiente vivido pelos participantes e que também eles fossem os protagonistas principais da ação de transformação”* e para *“garantir a coautoria, produção coletiva e o sentimento de pertencimento dos moradores nesse processo”*; *“busquei o aprofundamento em metodologias e estratégias colaborativas que considerassem os indivíduos enquanto subjetividades individuais e coletivas, inseridos em territórios sociais e culturais significativos em seu cotidiano e, nessa busca, a metodologia da pesquisa-ação em sua perspectiva dialética, crítica e política emergiu como condição fundante para o projeto e processo de pesquisa”*; *“frente ao desafio de quebrar a hegemonia da concepção de professor como aplicador de conhecimentos produzidos por outros e criar e desenvolver estratégias e meios de iniciar uma educação para a participação democrática. Sem uma mudança na concepção de professor pouco se conseguiria sobre o desafio de envolver alunos, professores e parte da comunidade na observação, no reconhecimento e compreensão dos problemas ambientais do lugar onde vivem, para que eles se sentindo pertencentes ao lugar, elaborassem e participassem de soluções possíveis”*.

Principais dificuldades no desenvolvimento da pesquisa-ação

Entre as dificuldades relatadas pelos pesquisadores para o desenvolvimento da pesquisa-ação teve destaque em algumas respostas questionamentos sobre sua **cientificidade**, ou seja, sua pouca aceitação enquanto metodologia científica: *“na apresentação dos projetos na academia ou para órgãos de financiamento de pesquisa, porque a maioria dos avaliadores, mesmo sendo pesquisadores, desconhecia essa metodologia e queria definições imediatas que só poderiam ser construídas no campo, junto com os atores”*; *“Baixa aceitação, pela academia e pelas agências de fomento, da pesquisa-ação como metodologia de pesquisa, uma vez que é considerada como ação de extensão”*.

Outro aspecto mencionado como dificuldade relaciona-se ao **tempo disponível** para desenvolvimento da pesquisa-ação, a saber: *“tempo de dedicação para desenvolver o estudo”*; *“desvantagem do tempo, pois o processo de construção da pesquisa-ação demanda tempo de “equilíbrio” de atores tão diferentes, demanda tempo para a construção de metas coletivas, consensualizadas, para a sua instauração e avaliação. Essa trajetória necessária é muitas vezes interrompida pelo tempo institucional, pela falta de tempo”*.

A **falta de preparo e experiência para o desenvolvimento de uma metodologia participativa**, como a pesquisa-ação, inclusive por uma “cultura de não participação” presente em nossa sociedade de maneira geral, assim como a **ausência de critérios avaliativos**, foram também citados como dificuldades a serem enfrentadas: *“experiência nesse tipo de pesquisa, entendida como a preparação profissional da maioria de nossos orientandos, que está construída para trabalhar na “escola” tradicional; “as avaliações foram também mais difíceis porque tivemos sozinhos que encontrar critérios qualitativos para fazê-las”*; *“um dos principais desafios desse tipo de trabalho foi o estabelecimento dos vínculos entre os pesquisadores da universidade e os professores da escola”*; *“a necessária vivência de espaços de democracia, diálogo, de aceitação de visões de mundo diferentes, do esforço de compreensão dos diversos saberes e experiências, requerimentos da pesquisa-ação são elementos estranhos ao “instituído”*; a possi-

bilidade de construção da autonomia do pensamento e da ação assusta os poderes vigentes, o que muitas vezes faz retroceder os avanços alcançados pela pesquisa coletiva e as diversas formas de intervenção propostas”; “o desenvolvimento dessa modalidade de pesquisa na escola implica realizar um exercício de reflexão-ação que, na maioria das vezes, os professores não estão habituados”; “não é comum a academia e os próprios professores se considerarem como agentes significativos na construção do conhecimento em educação”; “desconhecimento dos participantes de práticas de pesquisa e desconfiança em relação ao ‘modus operandi’ do projeto”; “trabalhar e pensar coletivamente não faz parte da cultura da instituição”.

Dificuldades para **equilibrar as atividades de investigação/pesquisa e as de ação/intervenção**, e até mesmo para legitimá-las no decorrer de um processo de pesquisa-ação, limites impostos por **conflitos de interesses**, bem como **questões estruturais e organizacionais**, foram também aspectos mencionados: *“como a minha pesquisa envolveu campos diferentes, o institucional e o civil, o individual e o coletivo, com suas perspectivas de poder, democracia, participação muito diferentes, divergentes em muitas ocasiões, o conflito e confronto sempre colocaram alguns limites”; “é comum ao pesquisador esquecer-se da pesquisa e concentrar-se apenas na ação”; “tendência de que a participação dos pesquisadores venha a substituir a atividade dos grupos e o risco de que a ação se limite a apenas uma forma de ação (ativismo). Além disso, é preciso cuidado para diferenciar ações problemáticas dos grupos das ações triviais. Ainda é importante avaliar a legitimação e a representatividade do empowerment”; “estruturar um projeto de pesquisa que elencasse não somente a própria prática como objeto de investigação, mas também, o próprio processo de ensino aprendizagem”; “romper com o que conhecemos por produção de conhecimento estritamente ligada aos centros científicos”; “o processo de pesquisa era confundido, em muitos casos, com intervenções inovadoras em sala de aula”.*

Vale ressaltar, ainda, que, na opinião de alguns pesquisadores, muitas das **dificuldades** enfrentadas no decorrer de um processo de pesquisa-ação são **revertidas em vantagens**, a saber: *“essas mesmas limitações também se tornam vantagens, uma vez que a pesquisa-ação abre o campo das possibilidades, trabalha com sujeitos que se engajam na pesquisa, que*

trazem suas expectativas e anseios para o processo, que se sentem autores, cujos conhecimentos e experiências são valorizados, com saltos qualitativos e assim, ganhos cognitivos, de habilidade de pensamento, de ações, de relacionamentos, mudanças de atitudes, de visão de mundo, de postura, que percebem a riqueza de formação de um coletivo crítico, ativo”; “isto pede a criação de um espaço de diálogo e (auto)crítica, capaz de estimular os professores a refletirem sobre seus problemas cotidianos de forma a transformá-los em problemas de investigação cuja busca de soluções, reestruturações e ressignificações impliquem o desenvolvimento da pesquisa-ensino” (ao se referir ao não hábito para o exercício de reflexão-ação).

Principais vantagens no desenvolvimento da pesquisa-ação

Ao serem questionados sobre as principais vantagens advindas do desenvolvimento de uma pesquisa-ação, os respondentes enfatizaram principalmente aspectos relacionados aos benefícios coletivos, ou seja, relacionados ao processo de interação entre os sujeitos da problemática investigada e destes com os pesquisadores, propiciado pela pesquisa-ação, tais como: **formação de um coletivo crítico; relações interpessoais; diagnóstico mais próximo da realidade; construção coletiva de conhecimentos/aprendizagem coletiva; mobilização, empoderamento e fortalecimento da autonomia e identidade dos envolvidos; maior interesse dos envolvidos com os temas/assuntos abordados e pelas intervenções; e aceitação quanto à pesquisa**, conforme alguns trechos transcritos a seguir: *“a experiência recolhida durante a intervenção é analisada e discutida por todo o grupo de estudos, por tanto se inclui um outro princípio o da reflexão: pesquisa de ação/reflexão/ação”; “as relações interpessoais que a metodologia favorece com o compartilhamento no processo, obtenção de um diagnóstico de pesquisa mais próximo da realidade e de resultados compatíveis com as verdadeiras necessidades da população, além da construção conjunta de conhecimentos que favorece a todos os participantes”; “abre o campo das possibilidades, trabalha com sujeitos que se engajam na pesquisa, que trazem suas expectativas e anseios para*

o processo, que se sentem autores cujos conhecimentos e experiências são valorizados, com saltos qualitativos e assim, ganhos cognitivos, de habilidade de pensamento, de ações, de relacionamentos, mudanças de atitudes, de visão de mundo, de postura, que percebem a riqueza de formação de um coletivo crítico, ativo, todas essas vantagens da pesquisa-ação são poderosas ferramentas que abrem a perspectiva de ruptura com esses poderes vigentes, dominantes, iniciando a construção de um círculo virtuoso de relacionamentos e práticas transformadoras”; “mobiliza, impulsiona, cria espaço de reflexão e de construção de novos conhecimentos e habilidades, fortalece a identidade coletiva, empodera os envolvidos”; (os participantes) “tornam-se mais críticos, autônomos e criativos ao exercitarem lidar de maneira construtiva com os problemas visando a transformá-los”; “favorecimento, nos grupos em estudo, de situações de construção coletiva, bem como o envolvimento e a identificação deles com os conteúdos abordados”; “conferir voz aos protagonistas de ações como esta – neste caso, os professores – é um dos fatores que garantem satisfação e aceitação das intervenções”.

Alcance dos objetivos pretendidos e possíveis interferências da pesquisa-ação

Todos os pesquisadores que responderam ao questionário consideraram que os **objetivos pretendidos foram alcançados** e reconheceram que o uso da metodologia da **pesquisa-ação facilitou esse processo**. Alguns resultados foram, inclusive, apresentados nas respostas, como nos trechos a seguir: *“sempre os resultados foram ótimos, como foi registrado nas defesas das dissertações e/ou teses. A pesquisa-ação/reflexão/ação não só facilitou ao pesquisador sua formação como investigador, também todos os envolvidos no grupo de pesquisa se beneficiaram”; “sim, provocou mudanças conscientes e ações de intervenção (...). Certamente, isso não ocorreria com a força e riqueza e com tantos desafios encontrados, não fosse pela pesquisa-ação”; “totalmente e acima das expectativas”; “foram conseguidas algumas transformações: formação do educador autônomo e crítico; problematização de situações práticas; proposição de um*

modelo interativo; construção da autonomia profissional compartilhada em comunidades de pesquisa e aprendizagem; interdisciplinarização”; “os objetivos foram alcançados e a pesquisa-ação foi determinante”; “sim, acho que facilitou o processo, por ser uma pesquisa participante, a pesquisa desvelou a potência, a dinâmica, a adesão e a capacidade de construção de conhecimento dos envolvidos”; “oportunizou e valorizou a reflexão do professor na e sobre a sua prática, favorecendo a construção de novos conhecimentos e procedimentos de ensino, fundamentais à transformação da sua prática. Concluiu-se ainda que a contribuição significativa do uso dessa pesquisa não se limitou aos resultados alcançados com os projetos desenvolvidos pelos professores, mas, e sobretudo, com o processo que foi vivido por estes”.

Uso de outra metodologia e possíveis resultados

Ao serem questionados se a escolha de outra metodologia poderia interferir nos resultados encontrados, todos os pesquisadores concordaram que sim, e alguns aspectos foram destacados, como a importância de **considerar a natureza do objeto investigado** na definição da metodologia mais apropriada. Além disso, no caso da pesquisa-ação, alguns de seus princípios norteadores, como a **participação ativa** dos sujeitos da investigação no processo de pesquisa e intervenção e a **produção coletiva de saberes**, foram considerados fundamentais para os resultados alcançados.

Vale ressaltar, ainda, que a **eficácia de outras metodologias** foi, da mesma maneira, reconhecida. Lembrou-se também que a escolha da metodologia pode revelar o **perfil do pesquisador** que irá utilizá-la. *“Em pesquisa, creio que a natureza do objeto investigado é o que orienta a escolha da metodologia a ser utilizada. Desse modo, ações pedagógicas, como é o caso de algumas pesquisas por mim realizadas, só podem ser feitas com o aporte dos princípios da pesquisa-ação. Se o objetivo for o de mapear, verificar, analisar, sem intervir na realidade, a metodologia escolhida será obviamente outra. A natureza do objeto é que facilita, permite ou exige a escolha da metodologia”; “certamente, porque pesquisar e intervir sobre os*

problemas detectados junto com os atores imersos naquela situação, traz melhores resultados do que deixar para a comunidade um levantamento que traduza apenas nossa maneira de ver aquela situação, na qual apenas o pesquisador é protagonista, mesmo que suas conclusões partam de observação e interpretação de opiniões, percepções e representações dos outros”; “tudo depende dos objetivos estabelecidos segundo cada realidade social, pois há situações em que outras metodologias são mais eficazes”; “sim, pois os professores não teriam a possibilidade de construir seus próprios procedimentos didáticos e pedagógicos para o estudo do ambiente e seus problemas, bem como, com base nesse processo, elaborar/desenvolver práticas cidadãs colaboradoras para a transformação de realidades”; “sim, porque metodologias que não pressupõem a ação efetiva dos grupos envolvidos nos problemas em estudo não favorecem situações de construção coletiva e a atuação social em seu próprio meio”; “a pesquisa-ação, em seus princípios de produção de conhecimentos, ação e transformação, no caso da minha pesquisa, foi um processo/metodologia indispensável. Não teríamos conseguido produzir todo o conhecimento, propostas e materiais, além de uma coletividade de educadores que mantém vínculos e multiplicam as propostas construídas e vivenciadas em seus campos de trabalho e vida pessoal se tivesse optado por outra metodologia”; “eu não conheço outras práticas da pesquisa educacional que tornam vertiginosa a autoria e autonomia dos professores”; “sem dúvida, porque sem a participação ativa dos moradores, não teríamos chegado nem um décimo. O envolvimento, a participação nas decisões foram fundamentais”; “depende do tipo de metodologia, já que a metodologia aplicada mostra o perfil do pesquisador. O pesquisador se mostra pelo método que utiliza, já que às vezes as fundamentações podem ser de vanguarda, mas, o método pode ser tradicional ou positivista”.

Analisando a opinião dos pesquisadores

Ao analisar a opinião dos pesquisadores que responderam ao questionário, no tocante aos princípios da pesquisa-ação, motivações e dificuldades, identificaram-se nas respostas convergências com a fundamentação

teórica desta metodologia descrita em diversas publicações^{8,9,5,10,11,7}. Assim, a participação ativa dos sujeitos envolvidos na problemática investigada, o potencial de problematização e transformação da realidade, a produção/construção coletiva de novos conhecimentos, a articulação entre a teoria e a prática no processo de pesquisa e intervenção, situações reais como objeto de investigação, além de seu potencial crítico-reflexivo, educacional, voltado para a autonomia e ao empoderamento dos sujeitos envolvidos, foram os **principais fundamentos** destacados pelos pesquisadores.

Em concordância, reconhece-se o forte potencial da pesquisa-ação na transformação das práticas institucionais, bem como no encaminhamento de transformações das políticas públicas¹². Da mesma maneira, Sato e Santos¹³ afirmam que a pesquisa-ação pretende realizar ações efetivas de transformação no campo social. E sobre esse aspecto, esses mesmos autores lembram das críticas que frequentemente recaem sobre o possível caráter transformador da pesquisa-ação: *podemos transformar uma sociedade inteira?* Argumentam, porém, que é necessário estabelecer qual o grupo em que as transformações poderão ocorrer (escolas, bairros ou pequenas comunidades, entre outros).

Em adição, Meyer *at al*¹⁴ afirmam que, “a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida, nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido, demanda aprender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos” (p. 1340). Assim, acredita-se que os fundamentos teóricos e práticos da pesquisa-ação convergem para este “aprender, compreender e dialogar” necessários para possíveis transformações sociais.

Sobre esse aspecto, vale lembrar da valorização do conhecimento popular em pesquisas participantes em que se almeja a autonomia dos sujeitos mas, assim como a comunidade não tem todas as respostas, os pesquisadores também não, ou seja, deve-se reconhecer a relevância tanto do conhecimento científico, como do conhecimento popular, pois estes não são concorrentes, e sim complementares¹⁵.

A pesquisa-ação, portanto, conforme destacado nos questionários, pode favorecer tanto a interação entre sujeitos investigados, como destes

com os pesquisadores, valorizando, dessa forma, saberes tradicionais e saberes científicos norteadores das problemáticas e respectivas soluções. Almeja-se que essa interação e troca de saberes contribuam ainda para o fortalecimento dos indivíduos enquanto sujeitos sociais (empoderamento) e para a tomada de consciência, pois ao interagir com os pesquisadores e com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes, as representações desses sujeitos são reconhecidas ou transformadas.

A pesquisa-ação tem dois objetivos principais: resolver problemas levantados e construir conhecimentos; e está focada em valores democráticos, de cidadania, luta contra discriminações, humanização, emancipação, entre outros¹⁶.

As investigações levam, portanto, a ações no sentido de enfrentar situações indesejadas, e nesse processo pesquisadores e atores sociais desenvolvem uma ação de aprendizagem coletiva, já que os resultados encontrados oferecerão novos ensinamentos a todos. Reforça-se, ainda, que a articulação entre a pesquisa e a educação é uma das características mais importantes da pesquisa-ação, em que a troca de conhecimentos possibilitada pelo processo de participação ocorrerá não apenas por meio dos conhecimentos já existentes, mas contribuirá para a produção de novos¹⁷.

Giovanni alerta, porém, para as relações estabelecidas no decorrer de uma pesquisa-ação que assumem características didáticas ao favorecer a investigação, o ensino e a aprendizagem, mas que este processo não é sempre espontâneo, devendo ser trabalhado ao longo do seu desenvolvimento¹⁸.

Na perspectiva da pesquisa-ação a realidade social é pensada como amplo processo no qual se desenrolam ações convergentes e divergentes, ou mesmo contraditórias, de diferentes atores e instituições. As ações são pesquisadas e consideradas como importantes fontes de conhecimento. Uma vez esboçado ou construído, o conhecimento serve como ponto de partida ou subsídio para a elaboração de outras ações específicas e focadas em problemas identificados cuja resolução ou tratamento enriquece o conhecimento inicial¹⁶.

Essa articulação entre investigação e ação, bem como a produção de saberes resultantes desse processo, embora sejam amplamente reconhecidos como princípios essenciais de uma pesquisa-ação são, ao

mesmo tempo, considerados um desafio quando colocados em prática. Isso porque, respostas dos questionários revelaram que entre as **difficuldades enfrentadas** pelos pesquisadores para o desenvolvimento de uma pesquisa-ação está justamente “equilibrar” as atividades de investigação/pesquisa com as de ação/intervenção, o que pode justificar-se tanto pela falta de preparo dos responsáveis e pela pouca familiaridade para com métodos não clássicos/tradicionais de pesquisa, como também por limites impostos por conflitos de interesses, questões estruturais e organizacionais.

Para Thiollent, as intervenções e a produção do conhecimento se inter-relacionam na pesquisa-ação, e recomenda, sempre que possível, um equilíbrio na definição de objetivos práticos, que conduzirão às soluções, e de objetivos de conhecimento, como a identificação de representações, habilidades, entre outros aspectos, que contribuirão, por sua vez, para esclarecer a problemática em evidência e melhor conduzir as ações transformadoras⁸. Podem ser definidos, portanto, objetivos mais instrumentais, voltados para a resolução de um problema prático; e objetivos educacionais, voltados para a tomada de consciência e produção de conhecimentos relevantes não apenas para a situação e o grupo investigado. Ressalta, ainda, o autor que, com maior amadurecimento metodológico e com o devido respeito aos contextos socioculturais existentes, os dois objetivos podem ser alcançados simultaneamente.

Toledo, Giatti e Jacobi⁷ ao analisarem a aplicabilidade da pesquisa-ação reconheceram alguns critérios favoráveis tanto ao alcance de seus objetivos como para melhor compreensão de sua dinâmica organizacional, são eles: flexibilidade metodológica; combinação de múltiplos instrumentos de pesquisa e intervenção; e o maior nível de participação e cooperação dos/e entre sujeitos e pesquisadores.

Identifica-se, portanto, que nos processos de pesquisa-ação, tanto a pesquisa como a ação (educativa e social) são igualmente importantes e, na opinião de Tozoni-Reis¹⁷, o abandono desta perspectiva tem-se mostrado como um dos mais frequentes equívocos no uso dessa metodologia.

A pesquisa-ação é, portanto, uma proposta de investigação acoplada à ação explícita de um ator, ou de um conjunto de atores. O processo de identificação dos problemas, causas e possíveis soluções possibilitam

um “pesquisar e agir coletivo” e a ação costuma ser considerada como fonte de conhecimento, como seria um experimento em uma pesquisa convencional. Por meio da ação, os vários participantes, inclusive os pesquisadores, aprendem algo sobre o que consideram ou recortam como sendo a realidade¹⁶. Deve-se lembrar, porém, que a ação (de caráter prático, educativo, comunicativo, político, cultural etc.) desencadeada pelo processo de pesquisa-ação origina-se e desenvolve-se no decorrer do processo de pesquisa, em função das necessidades encontradas, e não ao seu término, como ocorre usualmente em outros tipos de pesquisa.

Ainda, no tocante às dificuldades mencionadas pelos pesquisadores nos questionários, foram destaque as recorrentes críticas sobre o grau de cientificidade da pesquisa-ação, ou seja, segundo alguns pesquisadores, permanecem em algumas instituições de ensino e pesquisa e em órgãos de financiamento de pesquisas um desconhecimento sobre essa metodologia e uma baixa aceitação enquanto método científico.

Embora a origem da pesquisa-ação seja atribuída por vários autores^{19,8,9,11} a Kurt Lewin, por meio de seus estudos organizacionais e educacionais, realizados ainda na década de 1940, pesquisa bibliográfica desenvolvida por Toledo¹ para construção do panorama da pesquisa-ação nas universidades estaduais paulistas revelou uma tendência de emergência de sua aplicação, especialmente a partir do ano 2000, pois no primeiro intervalo de tempo considerado, de 1990 a 2000, foram identificados 45 trabalhos, e de 2001 a 2010, esse número aumentou para 228. Resultados semelhantes foram identificados por vários autores com destaque para a área educacional^{2,3,4}.

Vê-se, portanto, que o não reconhecimento e/ou a baixa aceitação da metodologia da pesquisa-ação no ambiente acadêmico podem, entre outros fatores, justificar-se pelo seu uso de forma mais intensificada ser ainda recente.

Além disso, El Andaloussi lembra que, por não atender aos critérios científicos dos paradigmas experimentais, a pesquisa-ação é rejeitada por alguns pesquisadores, os quais argumentam a falta de controle sobre as hipóteses e os resultados²¹.

E de fato, analisando-se dessa forma, as características da pesquisa-ação não permitem que esta seja enquadrada nos modelos experimen-

tais convencionais. Porém, sem as ideias de ciência e de racionalidade corre-se o risco de a pesquisa-ação cair no irracionalismo, associado ao obscurantismo e às manipulações de toda ordem. Assim, influenciadas pela visão positivista da ciência, algumas pessoas costumam duvidar da objetividade ou da cientificidade da pesquisa-ação. Em resposta, considera-se que, com esse método, como em qualquer pesquisa científica, existem fatos objetivos a serem investigados com todos os recursos metodológicos disponíveis. Pesquisas convencionais e pesquisas alternativas apenas se utilizam de soluções e raciocínios diferentes, sendo, por sua vez, igualmente importantes o rigor metodológico e o detalhamento das técnicas utilizadas no decorrer do processo, contribuindo para uma melhor compreensão das diversas situações identificadas e das intervenções (de pesquisa e de ações) a serem tomadas^{8,16}.

Vale destacar ainda a opinião de Zuñiga (1981), citado por El Andaloussi que, sobre esse aspecto, destaca o caráter científico da pesquisa-ação associada a sua função política e de transformação social²¹. Afirma que a pesquisa-ação é considerada de interesse científico somente quando é inovadora do ponto de vista sociopolítico e ao colocar o controle do saber nas mãos dos grupos e das coletividades que expressam uma aprendizagem coletiva tanto na sua tomada de consciência, como no seu comprometimento com a ação coletiva, mas deve ser denunciada quando se torna um instrumento nas mãos do poder dominante.

Apesar de todos os pesquisadores que responderam ao questionário terem listado uma série de dificuldades enfrentadas no decorrer de um processo de pesquisa-ação, mencionou-se também que muitas delas acabam sendo revertidas em **vantagens**. Acredita-se que isso se deve ao fato de a pesquisa-ação ser considerada um sistema metodológico aberto e flexível, ou seja, por seu caráter participativo, dialógico, diferentes rumos podem ser tomados no decorrer do seu desenvolvimento em função das demandas encontradas, facilitando, portanto, o enfrentamento de desafios e intercorrências surgidas. Sobre este aspecto, Toledo e Giatti, lembram que a combinação de diferentes instrumentos de pesquisa e intervenção, de natureza dialética e não dialética, no decorrer do processo de uma pesquisa-ação, podem contribuir para superar estes possíveis desafios, especialmente por contribuírem direta ou indiretamente para

estimular a participação e, ao mesmo tempo, indicar adequações metodológicas necessárias²².

Em concordância, o princípio da participação foi considerado pelos pesquisadores que responderam ao questionário como fundamental para facilitar o interesse dos sujeitos envolvidos pelos temas a serem abordados e investigados.

Tripp ressalta, porém, a importância da ética para que esses sujeitos não sejam prejudicados; afirma que ao longo do processo devem ser verificados quais cuidados o pesquisador tomou para que estes não sejam enganados, manipulados ou explorados²³. Segundo o autor, para que a participação seja positiva, a proposta de pesquisa-ação deve: tratar de assuntos de interesse mútuo; basear-se em um compromisso compartilhado de realização da pesquisa; permitir que todos envolvidos participem ativamente da forma que desejarem; partilhar o quanto for possível o controle sobre os processos da pesquisa; produzir uma relação de custo benefício igualmente benéfica para todos; e estabelecer procedimentos de inclusão para decisão de questões relativas a justiça entre os participantes.

Flicker, por sua vez, ao analisar os benefícios e beneficiários de um projeto participativo, conclui sobre a existência de dois grupos de beneficiários: pesquisadores e os diferentes *stakeholders*²⁴. Para a autora, projetos dessa natureza podem trazer benefícios tangíveis e intangíveis para aqueles diretamente envolvidos, bem como para a comunidade como um todo, mas alerta que estes não são, na maioria dos casos, equitativamente distribuídos.

Por fim, outro aspecto que merece destaque na análise dos questionários foi a valorização dada à pesquisa-ação na área educacional, especialmente quanto aos benefícios advindos da articulação entre a teoria e a prática e sobre a possibilidade do professor investigar sua própria atividade docente.

Para diversos autores, entre eles Lewin, Carr & Kemmis, Thiollent, Barbier e El Andaloussi, o surgimento de metodologias de pesquisa de caráter participativo está justamente relacionado, entre outros fatores, à necessidade de se promover maior articulação entre a teoria e a prática na produção do conhecimento^{20,25,8,9,21}. E na área educacional, a pesquisa-ação tem forte inspiração nos trabalhos desenvolvidos por Stephen Corey, na década de 1950, sobre experimentação do currículo, procurando, da mesma maneira, incorporar à prática educativa resultados identifica-

dos por meio de pesquisa. Para Corey²⁶, “ouvir dizer o que devemos fazer é muito diferente de descobrir pessoalmente o que devemos fazer” (p.298).

Ainda contribuindo para o fortalecimento da pesquisa-ação na educação estão as ideias de Laurence Stenhouse, John Elliot, Wilfred Carr e Stephen Kemmis, valorizando a postura investigativa do professor para melhorar sua prática²⁷. Carr & Kemmis preconizam ainda o papel da pesquisa-ação para desencadear mudanças nas políticas e práticas institucionais que sustentam a educação²⁵.

Ao se analisar postulados dos trabalhos desenvolvidos por Paulo Freire, na década de 1970, sobre a importância da reflexão crítica dos sujeitos sobre suas práticas e da problematização da realidade para seu enfrentamento, fica evidente a presença de seus pressupostos teórico-metodológicos na consolidação da pesquisa-ação, principalmente no campo da educação. Wallerstein *et al*, comparando pesquisas de natureza participativa desenvolvidas no Brasil e nos Estados Unidos, destacam a presença e a convergência de aspectos metodológicos diretamente influenciados por princípios da pedagogia de Paulo Freire, os quais, ao favorecer o diálogo contribuem para a mobilização social, capacitação dos grupos sociais envolvidos e superação de iniquidades²⁸.

Considerações finais

Diante dos fundamentos, motivações e dificuldades para o desenvolvimento da metodologia da pesquisa-ação aqui apresentados, conforme opinião de pesquisadores que participaram deste estudo, bem como de reflexões propostas pelos autores deste capítulo, fica evidente que a ampliação do reconhecimento de novos paradigmas científicos, como a pesquisa-ação, está, dentre outros aspectos, na sua qualificação.

Assim, o favorecimento de elevados níveis de participação, o dinamismo metodológico e a combinação de diferentes instrumentos de pesquisa e intervenção, adequados aos variados contextos socioculturais, podem contribuir para que novos rumos sejam tomados no decorrer de uma pesquisa-ação, conforme identificação processual de demandas cognitivas e práticas.

Destaca-se ainda a importância da pesquisa-ação por seu potencial crítico, reflexivo e metodológico, capaz de contribuir para aproximar ciência, política e sociedade, diminuindo as relações abissais entre os saberes populares e aqueles saberes ditos científicos, pois, conforme nos lembra Santos²⁹ o saber científico hegemônico, como a única forma de produção de certezas, ao mesmo tempo em que se isola sob seus próprios preceitos, exclui e marginaliza diferentes tipos de saber, caracterizando uma relação abissal em que o senso comum e saberes populares, de elevado potencial de aplicação à realidades locais, foram sistematicamente ignorados e destituídos de reconhecimento.

Referências

1. Toledo RF. A pesquisa-ação nas áreas da educação, saúde e ambiente: um panorama de seu desenvolvimento nas universidades estaduais paulistas. In: Toledo RF; Jacobi PR (orgs.). A Pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume; 2012, p.41-60.
2. Molina R. A pesquisa-ação / investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. [Tese de Doutorado] – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.
3. Jesus LFO. A sala de aula: uma análise de pesquisas produzidas na década de 1989-1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.
4. Fernandes RCA. Tendências da pesquisa acadêmica sobre o ensino de ciências nas séries iniciais da escolarização (1972-2005). Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
5. Pinto JBG. Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação: rxtos selecionados e apresentados. Belém: UFPA, 2014. (Organização: Duquê-Arazola LS; Thiollent MJM.)
6. Santos BS. A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

7. Toledo RF; Giatti LL; Jacobi PR. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu. Online)*. v.18, n.51, p.633 – 646, 2014.
8. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 18ª edição. São Paulo: Cortez; 2011.
9. Barbier R. *A pesquisa-ação*. Brasília: Plano, 2002.
10. Dionne H. *A pesquisa-ação para o desenvolvimento local*. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
11. Morin A. *Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
12. Pimenta SG. *Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente*. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31, n.3, p.521-539, set/dez, 2005.
13. Sato M; Santos JE. Tendências nas pesquisas em educação ambiental. In: Noal F; Barcelos V. (orgs). *Educação ambiental e cidadania: cenários brasileiros*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p.253-283.
14. Meyer DEE; Mello DF; Valadão MM; Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.6, p.1335-42, 2006.
15. Demo P. *Pesquisa-participante: usos e abusos*. In: Tozoni-Reis MFC (org.) *A Pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas*. São Paulo: Annablume, 2007, p.57-81.
16. Thiollent MJ, Toledo RF. Participatory methodology and action research in the area of health. *Int J Act Res*. 2012; 8(2):142-58.
17. Tozoni-Reis MFC. *A Pesquisa-ação-participativa e a educação ambiental: uma parceria construída pela identificação teórica e metodológica*. In: Tozoni-Reis MFC (org.) *A Pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas*. São Paulo: Annablume, 2007, p.121-161.
18. Giovanni LM. *Didática da pesquisa-ação: análise de uma experiência de parceria entre universidade e escolas públicas de primeiro e segundo graus*. 1994. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

19. Adelman C. Kurt Lewin and the origins of action research. *Educational Action Research*, v.1, n.1 , p. 7-24, 1993.
20. Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, n. 2, p. 34-36, 1946.
21. El Andaloussi K. *Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia*. São Carlos: EdUFSCar, 2004.
22. Toledo RF; Giatti LL. Challenges to participation in action research. *Health Promotion International (Print)*, v. 30, p. 162-173, 2015.
23. Tripp D. *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31, n.3, p.443-466, set/dez 2005.
24. Flicker S. Who Benefits From Community-Based Participatory Research? A Case Study of the Positive Youth Project. *Health Education & Behavior* v.35, n.1, p. 70-86, feb,2008.
25. Carr W; Kemmis S. *Becoming critical: education, knowledge and action research*. London and Philadelphia: The Palmer Press, 1986.
26. Corey S. Esperar? Ou começar a saber! In: Morse WC; Wingo GM. (Orgs.) *Leituras de psicologia educacional*. 2ª ed. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Cia Nacional, 1979, p.296-302 (*Atualidades Pedagógicas*, v.93).
27. Costa MCV. A caminho de uma pesquisa-ação crítica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, 16(2), p.47-53, jul-dez 1991.
28. Wallerstein N; Giatti L; Bógus C; Akerman M; Jacobi P; De Toledo R; Mendes R; Acioli S; Bluehorse-Anderson M; Frazier S; Jones M. *Shared Participatory Research Principles and Methodologies: Perspectives from the USA and Brazil-45 Years after Paulo Freire's -Pedagogy of the Oppressed-*. *Societies*, v. 7, p. 6, 2017.
29. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos CEBRAP*, 79, novembro 2007. pp. 71-94

Pesquisa-ação Emancipatória: metodologia coerente com o materialismo histórico e dialético

Cassia Baldini Soares^I
Luciana Cordeiro^{II}
Celia Maria Sivalli Campos^{III}
Luiza Carraschi de Oliveira^{IV}

Os objetivos deste capítulo são: apresentar a Pesquisa-ação Emancipatória (PAE), uma metodologia potente para compreender necessidades em saúde da perspectiva radical e para arquitetar projetos em resposta a necessidades recortadas como objeto de investigação; e analisar as etapas desenvolvidas num conjunto de PAE. Nesse processo se produz conhecimento novo, que articula os saberes dos pesquisadores internos e externos. Esse conhecimento instrumentaliza o planejamento das ações que tenham como perspectiva a luta política.

A Pesquisa-ação Emancipatória

A pesquisa-ação (PA) é um tipo de investigação participativa que vem sendo utilizada no campo da saúde com diferentes finalidades. Investigação que realizou síntese das diversas proposições de PA na saúde e em outros campos do conhecimento concluiu que, independentemente da orientação filosófica a que possa estar filiada, a PA apresenta quatro

-
- I Cassia Baldini Soares (cassiaso@usp.br). Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (1997). Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.
II Luciana Cordeiro (lucordeiro.to@gmail.com). Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP.
III Celia Maria Sivalli Campos (celiasiv@usp.br). Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2004). Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.
IV Luiza Carraschi de Oliveira (lucarraschi@gmail.com). Mestranda pela Escola de Enfermagem da USP.

princípios básicos: participação e colaboração de todas as pessoas envolvidas na pesquisa; processo não linear desenvolvido de forma cíclica na qual se elege o recorte da realidade a ser debatida, se testam novas práticas que advêm desse debate, o que por sua vez motiva novos debates e assim sucessivamente; produção de conhecimento novo, a partir das discussões realizadas; e, finalmente, transformação da prática social problematizada no processo^{1, 2 3, 4, 5}.

A constatação de diferentes usos da PA na saúde feita por revisão de escopo sobre o tema definiu diferentes dimensões dos estudos primários publicados que se apoiam na PA. Essas dimensões foram definidas a partir das concepções de produção de conhecimento e transformação de práticas contidas nos estudos que compuseram a revisão. Três dimensões foram estabelecidas: a dimensão organizacional englobou os estudos que apresentaram como objetivo desenvolver ferramentas e habilidades do trabalhador e aprimorar o desempenho no trabalho; a dimensão individual abarcou os estudos primários que tinham a intenção de disseminar informações científicas e orientações técnicas para que os participantes da pesquisa adquirissem hábitos/comportamentos recomendados por especialistas e órgãos da saúde de promoção da saúde; a dimensão coletiva foi composta por estudos que buscavam desenvolver ações coletivas, a fim de beneficiar grupos de pessoas com os mesmos problemas, de uma comunidade ou indivíduos com similares necessidades em saúde. Essa revisão esclareceu também que há diferentes níveis de envolvimento dos participantes nos processos, isto é, apesar de se tratar de pesquisa participativa, há maior passividade dos envolvidos principalmente nos estudos classificados nas dimensões organizacional e individual, e postura mais ativa dos participantes da pesquisa principalmente nos estudos da dimensão coletiva^{3,5}.

A pesquisa ação é desenvolvida a partir de diferentes orientações teóricas, níveis de participação, formas de condução e técnicas utilizadas no processo de pesquisa. Entre os estudos da dimensão coletiva, por exemplo, ainda que se busque crítica acerca das desigualdades em saúde e que se proponham ações para que os participantes garantam acesso à saúde, há divergências nas posições e no desenvolvimento das pesquisas^{3,5}.

A pesquisa ação emancipatória (PAE) é uma vertente de PA fundamentada no materialismo histórico dialético, que requer participação radical e estratégias de condução que tenham como finalidade a transformação da totalidade social. A intenção da PAE é problematizar o recorte da realidade primeiramente trazido na sua aparência, compreendendo a sua essência, ou seja, esse recorte como parte da dinâmica social do modo de produção. Essa problematização só é possível através de realinhamento teórico, dado que é necessário criticar as teorias hegemônicas, que explicam apenas a dimensão particular da realidade, o que acarreta em circunscrevê-la aos sujeitos e a suas relações mais próximas (família, comunidade)³.

Na PAE todos são pesquisadores, tanto os que mediam o processo – pesquisadores externos – como os envolvidos diretamente com a realidade a ser problematizada – pesquisadores internos. É inerente à metodologia PAE a participação ativa dos pesquisadores externos e internos, pois a produção de novas práticas e conhecimento advém do encontro entre o conhecimento técnico-científico trazido pelos pesquisadores externos e as experiências do cotidiano trazidas pelos pesquisadores internos.

Como processo dialético, não está totalmente estabelecido **a priori**, como é o caso das pesquisas e dos processos educativos tradicionais. Elementos problematizados pelos pesquisadores externos, na literatura ou na crítica das práticas em saúde, são o ponto de partida da PAE. Esses elementos que permitem o planejamento inicial do processo, se encontram apenas no plano abstrato. Sua concretização só poderá se efetivar quando cotejados com dados da realidade trazidos pelos pesquisadores internos.

O conteúdo das discussões será definido, de forma dialógica, por todos os pesquisadores, com a mediação de pesquisador externo. O método utilizado é chamado de oficina emancipatória, estratégia que instrumentaliza para a crítica a formulação do problema em foco, pela sua aparência e a superação de práticas reiterativas, que não incidem sobre a essência e frustram os envolvidos, capturados pela ausência de respostas às necessidades. Essa análise só pode ser alcançada pela crítica

radical ao processo de produção em saúde e ao capitalismo, em última instância⁶.

O planejamento inicial do processo vai se modificando ao longo das oficinas incorporando-se ativamente os elementos trazidos pelos pesquisadores internos, o que requer atualização constante do plano previamente desenhado pelos pesquisadores externos. É um processo dinâmico, que requer avaliação e revisão a cada oficina.

O relato das PAE desenvolvidas por integrantes do grupo de pesquisa “Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva” pode oferecer subsídios operacionais para o desenvolvimento de investigações no referencial teórico metodológico apresentado neste capítulo. Dessa forma, a seguir se apresentarão alguns componentes, como: dimensão social da PAE; construção do conhecimento e transformação de práticas na Atenção Primária na área das drogas.

PAE com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para enfrentamento do consumo problemático de drogas^{7, 8, 9}

Esta PAE teve início em 2012, com o objetivo de instrumentalizar ACS, para lidar com problemas relativos ao consumo de drogas de moradores das áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família do distrito de Sapopemba, município de São Paulo. A finalidade foi a transformação de práticas em saúde dos ACS, sendo possível observar mudanças em cada etapa da PAE.

A PAE foi desenvolvida com pesquisadores externos e 18 Agentes Comunitários de Saúde de UBS, em 15 oficinas, sendo nove mais especificamente voltadas para a educação sobre drogas e seis oficinas para elaboração de material educativo. Iniciaram-se as oficinas buscando apreender o conhecimento prévio dos ACS sobre o consumo de drogas, isto é, suas experiências como moradores e trabalhadores de uma área onde o consumo de drogas é muito presente. A contextualização destes conhecimentos e experiências a partir dos conceitos de estrutura e dinâmica social permitiu análise crítica do tratamento biomédico e pragmático que o tema drogas recebe na AB. Da mesma forma, o aprofundamento

da discussão sobre o trabalho no capitalismo trouxe compreensão sobre o modo como se processa o trabalho em saúde na AB.

No decorrer dos primeiros encontros pode-se perceber transformações das concepções sobre drogas e usuários de drogas, como também nas práticas de trabalho, envolvendo o consumo prejudicial de drogas.

Como resultado deste processo de desvelamento e de fortalecimento, os trabalhadores passaram a agregar elementos sociais na cadeia de determinação do consumo prejudicial de drogas, o que suscitou a elaboração de críticas às práticas reiterativas e desgastantes que desenvolvem no trabalho na AB. Da mesma forma, os trabalhadores propuseram práticas políticas de trabalho, ou seja, práticas educativas e de mobilização nos espaços onde atuam, construindo-se o Caderno de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde – Álcool e outras drogas: um milhão de ações.

PAE com jovens para criticar o papel da mídia na educação sobre drogas^{10,11,12,13}

Esta PAE foi desenvolvida em 2013 com o objetivo de elaborar programa midiático de educação sobre drogas, direcionado a jovens. Além dos pesquisadores externos, participaram 13 estudantes, com idades entre 15 e 17 anos, de uma escola pública estadual, na região de Guaianases, periferia de São Paulo (SP), Brasil, e foi desenvolvida em 13 oficinas.

A primeira fase foi exploratória, momento de primeiro contato entre os pesquisadores, imprescindível para apreender a realidade dos jovens da periferia e como a mídia retrata essa realidade, reconhecendo o lugar ocupado pelo consumo de drogas na vida desses jovens. A segunda fase problematizou do tema para teorizar a realidade trazida pelos jovens a partir do referencial teórico que amparou o estudo. Os temas desta fase foram: modo de produção; necessidades de reprodução social; participação e socialização dos jovens; influência da mídia na periferia e na socialização dos jovens e representações cotidianas na mídia sobre a periferia e sobre os jovens. A terceira fase buscou respostas aos problemas, momento de instrumentalização teórica e prática, que possibilitou levantar estratégias de enfrentamento. Para esta etapa

as seguintes ferramentas foram utilizadas: discussão de filmes estratégicos sobre o tema em roda de conversas, e de músicas familiares aos jovens, como *rap e funk*. Estas últimas duas etapas foram desenvolvidas concomitantemente. A penúltima fase trata da expressão de novos conhecimentos, momento em que todos os envolvidos no processo educativo se apropriaram do novo saber construído. Nessa fase, os jovens concentraram-se em discutir o contexto neoliberal e o sistema de proteção social público, bem como as necessidades da presença do estado nas periferias, e estratégias juvenis de participação, mobilização e de transformação social. A última fase foi de elaboração, validação e gravação dos programas de rádio pelos jovens.

Sendo assim, ao longo das oficinas os jovens refletiram sobre suas realidades concretas e a sociabilidade a elas inerentes, sobre a falta de respostas às suas necessidades sociais, por serem moradores de regiões periféricas, espaço geossocial das classes desprivilegiadas. Partindo desta reflexão, os jovens puderam expor seus receios por viverem sob controle de instituições estatais, como a escola pública neoliberal e a polícia. Eles também analisaram o envolvimento com o tráfico e/ou consumo de drogas como busca de satisfações diante de uma realidade em que a educação formal não cumpre a promessa de qualificar para o mercado de trabalho e em que o sucesso é medido pela possibilidade de consumo.

Esta experiência configurou-se como PAE uma vez que não se limitou a promover mudanças individuais, buscou concretamente discutir e propor estratégias de enfrentamento coletivo das contradições do modo de produção, que submete os jovens das periferias a situações precárias de sociabilidade, entre elas o consumo de drogas. Os pesquisadores internos valorizaram a PAE como processo de reflexão crítica que possibilitou analisar o consumo de drogas como fenômeno do modo de produção capitalista.

O processo resultou na construção de roteiros de programação midiática de educação sobre drogas, com potencial para disseminar para outros grupos de jovens os elementos emancipatórios desenvolvidos.

PAE com enfermeiras para superar práticas tradicionais na Atenção Primária à Saúde^{14, 15, 16}

Esta PAE foi desenvolvida em 2014, num total de 12 oficinas, com a participação de 8 enfermeiras da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste do município de São Paulo, além das pesquisadoras externas. A finalidade da PAE foi problematizar os processos de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) para reconhecer necessidades em saúde dos grupos sociais moradores das áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família (USF).

A problematização feita nas oficinas da primeira etapa permitiu que as pesquisadoras externas analisassem as práticas de saúde na sua articulação com os demais processos de produção do setor de serviços, o que por sua vez rompeu com a idealização de que o trabalho em saúde tem especificidades que o torna impermeável à perversidade da lógica capitalista de produção.

Na etapa seguinte a visita domiciliar foi a prática destacada para ser objeto de crítica, à luz dos conceitos da saúde coletiva, com a finalidade de superar a visita domiciliar (VD) como prática biomédica reproduzida no cotidiano das USF, e desenvolver a VD como prática emancipatória (VDE).

As pesquisadoras optaram por construir um instrumento pedagógico composto por audiovisual e roteiro de discussão sobre a VDE, para apoiar trabalhadores da saúde na implementação de práticas emancipatórias e de processos educativos.

PAE com trabalhadores da saúde para a construção de instrumento para processos educativos sobre drogas com jovens^{17,18}

O objetivo dessa PAE foi elaborar material educativo para apoiar educadores na abordagem da temática das drogas na perspectiva crítica, com jovens. O material educativo foi elaborado ao longo de 14 oficinas em 2016, com enfermeiras, psicólogas, terapeutas ocupacionais, médica e professor de educação física, trabalhadores que tinham experiência na área.

O material educativo foi construído no formato de caderno e estruturado em 03 eixos temáticos: dimensão estrutural, que analisa o fenômeno produção-distribuição-consumo de drogas no contexto da estrutura e da dinâmica social contemporânea; o da dimensão superestrutural, que discute ideologia e valores hegemônicos na sociedade contemporânea e sua relação com o fenômeno das drogas; e o eixo que analisa as respostas da juventude frente às contradições sociais, com discussão sobre a possibilidade de organização política como processo de fortalecimento da juventude para o enfrentamento dos desgastes.

Acredita-se que este material tem potencial para expor as contradições sociais que estão na base do fenômeno produção-circulação-consumo de drogas, fortalecer processos educativos críticos e radicais com intencionalidade de superar processos educativos que tomam como foco a droga e que por fim acabam por culpabilizar o usuário.

PAE com trabalhadores de saúde mental para construção coletiva de crítica e de práticas emancipatórias sobre lazer^{19, 20, 21}

Esta pesquisa foi desenvolvida em 10 oficinas, em 2016, por 10 trabalhadores da área de saúde mental, além de pesquisadores externos. Tomou como objeto a potencialidade do lazer como prática educativa crítica e como objetivo a construção de arcabouço teórico-metodológico para uma proposta crítica ao lazer institucional, pautado na guerra às drogas.

A etapa de problematização expôs as relações sociais alienadas e distantes da realidade dos sujeitos e promoveu mudanças nas representações cotidianas sobre o consumo de drogas dos pesquisadores internos. A etapa seguinte foi a de construção de prática de lazer crítica em superação à prática de lazer dominante nas instituições de saúde mental, a partir de um jogo preexistente.

Os pesquisadores desenvolveram a estratégia de lazer “Cidade Dorme: representações cotidianas sobre drogas”, um jogo educativo para problematizar representações cotidianas ilusórias.

Esta PAE desenvolveu uma forma de lazer crítico, como parte de processos de desalienação que aborda o sistema de produção, circulação e consumo de drogas como parte das relações sociais.

PAE com trabalhadores de saúde para implementação de projetos na área de drogas na APS²².

Esta PAE foi desenvolvida em 2017 com 10 trabalhadores, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas e assistente sociais, de Unidades Básicas de Saúde da região sudeste da cidade de São Paulo. O objetivo foi desenvolver projetos emancipatórios a serem implementados na APS sobre o tema das drogas. Esta PAE foi desenvolvida em 13 oficinas.

A etapa de problematização partiu da crítica ao território das unidades básicas de saúde como espaço homogêneo de precariedade de recursos e da vulnerabilidade de moradores e da crítica às práticas repressivas, autoritárias e truculentas da guerra às drogas.

Na etapa seguinte os pesquisadores discutiram superações as concepções e práticas dominantes na área, para propor projetos baseados nas concepções de necessidades em saúde e de redução de danos emancipatória.

A última etapa da PAE foi a de elaboração de projetos emancipatórios sobre drogas a serem implementados na APS. Esses projetos intencionalizam romper o ciclo de violência e de desvalorização e promover o fortalecimento dos usuários da APS para a luta política por direitos e por mudanças sociais que confrontem a lógica das relações sociais capitalistas que está na raiz dos problemas contemporâneos relacionados às drogas.

Considerações finais

A PAE configura-se como vertente da PA, assumindo todos os seus princípios. Por estar alicerçada no materialismo histórico e dialético, a PAE toma por pressuposto que a realidade é histórica, ou seja, os problemas da realidade que estão sob exame representam contradições ineren-

tes ao modo de produção vigente. A finalidade geral da PAE é, portanto, a de transformar as relações sociais capitalistas; e os objetivos da PAE, que são inerentes a cada contexto particular problematizado na PAE, devem agregar elementos nessa direção.

Apresentaram-se neste capítulo categorias de análise do consumo de drogas na contemporaneidade (juventude, processo de trabalho, lazer e socialização midiática), fenômeno comum às experiências apresentadas, que ofereceram subsídios aos processos educativos emancipatórios desenvolvidos nas oficinas. As oficinas emancipatórias foram sempre disparadas por estratégias pedagógicas coerentes com os objetivos e contextos específicos onde a PAE se desenvolvia.

Na PAE os participantes internos são convidados a trazer elementos da realidade de trabalho e vida por eles vivenciada e, no processo das oficinas, evidenciam contradições dessa realidade. Essas contradições vêm à tona pelo incessante e agudo processo de questionar as explicações superficiais e as teorias explicativas parciais, como é o caso das teorias biomédicas e biopsicossociais, e mergulhar na essência da realidade. O processo educativo deflagrado, então, transforma concepções, refaz opiniões e elucida sensações e sentimentos de insegurança e frustração, que são próprios da vida no modo de produção capitalista. Tal conhecimento produzido favorece a transformação de práticas reiterativas e protocolares, na direção de práticas emancipatórias.

Os pesquisadores internos, envolvidos mais diretamente com o problema em discussão, em princípio anseiam por obter modelos e padrões que deem respostas pragmáticas aos problemas levantados, para garantir a adesão, diminuir riscos, melhorar a vulnerabilidade e assim por diante. Seguindo em outra direção, o conhecimento produzido com os pesquisadores externos da PAE, baseado nas categorias de análise críticas da realidade, desloca o enfrentamento dos problemas levantados para a ação política, ou seja, para a luta política, por direitos sociais, por igualdade e, em última instância, pela transformação das relações sociais capitalistas.

Referências

1. Soares CB, Cordeiro L, Campos CMS. Pesquisa-ação emancipatória: uma proposta metodológica essencial para a enfermagem. In: 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013, Natal – RN. Anais do 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013. v. 17. p. A171-A178.
2. Cordeiro L, Soares CB, Rittenmeyer L. Unscrambling method and methodology in Action Research traditions: theoretical conceptualization of praxis and emancipation. *Qual Res.* [internet]. 2015 [cited 31 Jan. 2018];17(4): 395-407. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794116674771?journalCode=qrja> DOI: 10.1177/1468794116674771.
3. Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir de revisão de escopo [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.
4. Cordeiro L, Soares CB. Implementation of evidence-based health care using action research: An emancipatory approach. *Int J Nurs Pract* [internet]. 2016 [cited 31 Jan. 2018]; 22(04): 333–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27562664>. DOI: 10.1111/ijn.12467.
5. Cordeiro L, Soares CB. Action research in the healthcare field: a scoping review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 2018;16(4):1003–1047. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003200.
6. Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLL. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. *Interface – Comunic saúde e educ* [internet]. 2009 [cited 31 Jan. 2018];13(28):189-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100016&lng=en. DOI: 10.1590/S1414-32832009000100016.
7. Cordeiro L. Formação de agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de práticas de atenção básica relativas ao consumo prejudicial de drogas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

8. Cordeiro L, Soares CB, Oliveira E, Oliveira LC, Coelho HV. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. *Saude soc* [internet]. 2014 [cited 31 Jan. 2018]; 23(3):897-907. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300897&lng=en. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300013.
9. Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Cien Saude Colet* [internet]. 2015 [cited 31 Jan. 2018]; 20(11): 3581-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=en. DOI: 10.1590/1413-812320152011.10332014.
10. Oliveira E. Comunicação em saúde: pesquisa-ação para elaboração de programa midiático de educação sobre drogas direcionada a jovens [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
11. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Everyday representations of young people about peripheral areas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 31 Jan. 2018];69(6):1082-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601147&lng=en. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0387.
12. Oliveira E, Soares CB, Silva JA. Pesquisa-ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 31 Jan. 2018];37(3):e62059. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300801&lng=en. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.03.62059.
13. Oliveira E, Souza GC, Soares CB. Pesquisa-ação: oficinas emancipatórias como instrumento para coleta de dados e apreensão das representações cotidianas. *Sociologia em rede* [internet]. 2015 [cited 31 Jan. 2018]; 05(05):12-26. Available from: <http://redelp.net/revistas/index.php/rsr/article/view/2soares5>.
14. Forlin DC. A visita domiciliar do enfermeiro na atenção básica: uma proposta de prática emancipatória. [master's thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

15. Figueiró MTL. Audiovisual sobre visita domiciliar na atenção básica, como prática emancipatória: que óculos você usa? [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
16. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2014 [cited 31 Jan. 2018];48(Esp):119-125. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700119&lng=en. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600017.
17. Paixão IR. Pesquisa-ação emancipatória para construção de material de apoio a atividades educativas sobre drogas [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.
18. Paixão IR, Soares CB, Oliveira LC, Cordeiro L, Trapé CA, Campos CMS. Construção de material de apoio a atividades educativas sobre drogas: pesquisa-ação emancipatória. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018; 16(2). [Epub ahead of print]
19. Pasquim HM. Lazer na área de drogas: construção coletiva de crítica e de práticas emancipatórias [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
20. Pasquim HM, Soares CB. Lazer, Saúde Coletiva e Consumo de drogas. *Centro de Estudos de Lazer e Recreação* [internet]. 2015 [cited 31 Jan. 2018];18(02): 305-328. Available from: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1053>.
21. Pasquim HM, Soares CB, Santoro R. Drug education games for youth. *Soc Med Publ Group* [internet]. 2016 [cited 31 Jan. 2018];10(02):61-9. Available from: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/847>.
22. Oliveira LC. Práticas de Atenção Primária em Saúde na área das drogas: pesquisa-ação emancipatória [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; (em andamento).

O Dispositivo Intercessor: contribuições da filosofia da diferença

Andreia Sanches Garcia^I

Abílio da Costa-Rosa^{II}

Neste artigo procuramos discutir algumas contribuições da Filosofia da Diferença, principalmente a partir do conceito de intercessores, de Deleuze, na composição do Dispositivo Intercessor^{III}.

Inicialmente, consideraremos a definição dos intercessores, tal como está nas palavras de Deleuze:

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formarmos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para

I Andreia Sanches Garcia (andreia.sanches2@yahoo.com.br). Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica pela UNESP – Assis/SP. Docente do Curso de Psicologia/ Universidade Paulista-UNIP – Assis/SP.

II Abílio da Costa-Rosa (abiliocr@assis.unesp.br). Psicanalista e Analista institucional. Professor Livre-Docente do Departamento de Psicologia Clínica da UNESP – Campus de Assis/SP – BR. Psicanalista e Analista Institucional.

III O Dispositivo Intercessor (DI) e o Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DImpc) vêm sendo desenvolvidos por um coletivo de pesquisadores da área da Saúde Mental, vinculados ao Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da Saúde – LATIPPSS –, que integra o Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Faculdade de Ciências e Letras/ UNESP/ Assis-SP. Este grupo de trabalho é coordenado pelo professor Livre Docente Abílio da Costa-Rosa e conta com publicações de artigos, dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado defendidas e em andamento. A questão da autoria, neste texto, deve considerar um aspecto singular: ele é um esforço conjunto de “uma comunidade de trabalho”; nesse grupo de trabalho é preciso incluir, até à data de conclusão desta tese, ao menos: Costa-Rosa, A, (orientador e autor dos primeiros textos, ainda em circulação mimeografada), Stringuetta, L. V; Busso, R; Marcia Campos de Andrade; Anuncia Heloisa B. Galego; entre outros. Esta versão foi redigida conjuntamente por Andreia Sanches Garcia e Abílio Costa-Rosa.

me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê¹.

Deleuze afirma que a problemática da filosofia é com o que se passa no *entre*. Atualmente, as análises e as capacidades de reflexão estão “bloqueadas”, por isso não há movimento e vetores de fuga capazes de produzir novos sentidos¹. Para o autor, o movimento sempre possuiu uma base, havendo um ponto de origem, uma alavanca. O desafio é produzir um movimento que não seja imitativo e copiado; pretende-se a originalidade que está diminuída na contemporaneidade.

O Dispositivo Intercessor procura integrar a produção de conhecimento em duas dimensões essenciais. A primeira consiste no Dispositivo Intercessor (DI) que opera na produção de conhecimento na práxis de coletivos de trabalho diversos (práxis em geral). Nesta reflexão particular circunscrevemos o setor das instituições de Saúde, definidas em seu próprio discurso como produtoras de *Atenção à saúde* e preventivas de doenças. Neste momento da produção do conhecimento da práxis, pelos sujeitos da práxis, introduz-se um operador essencial nomeado trabalhador intercessor. À primeira vista, diremos que um agente assim definido e posto na práxis é aproximadamente homólogo ao conceito de “analisador construído”², que consiste na produção de diferentes ações e acontecimentos capazes de revelar e produzir transformações institucionais facilitadoras da realização da função social proposta por esses coletivos de trabalho, na direção dos objetivos e da ética por eles definida.

O trabalhador intercessor pode ser sustentado por um ou mais dos próprios trabalhadores da instituição situados em posições diferenciadas do coletivo mais amplo, o que lhes permite atuar tanto na posição de “um a mais” como os demais na práxis cotidiana, quanto na posição de “mais um”^{IV} capaz de visualizar aspectos do próprio conjunto em que todos es-

IV Os conceitos de “mais Um” e de “Um a mais” são extraídos da teoria de Lacan (teoria dos cartéis). A princípio eles designam as funções dos participantes de um grupo de estudo da psicanálise. Trata-se da situação em que um grupo escolhe alguém de fora que é mais experiente – essa é a função do “mais Um”. Entretanto ao participar do grupo esse “Um a mais” tem também a função de ser “Um a mais” do grupo. O “mais Um” é, portanto, um trabalhador simultaneamente de dentro e de fora da instituição. No caso do trabalhador intercessor, visto que ele se insere como um trabalhador comum da/na práxis cotidiana daquele grupo de trabalho, será sua própria atuação que irá marcando para os demais trabalhadores a posição de “um a mais”, isto é a de intercessor. Como já temos deixado indicado neste trabalho, nesse movimento, outros trabalhadores do coletivo irão se tornando trabalhadores intercessores.

tão incluídos, mesmo sem ainda se darem conta. É função do “mais Um” relançar a dimensão de *enunciação* presente no campo, isto é, para além dos *enunciados* propriamente ditos. O DI está presente nos processos de produção do saber-fazer^V institucional (incluída a própria construção/instituição do dispositivo institucional) que visa a responder às demandas por Atenção à saúde, remetidas pela população do Território ao coletivo de trabalhadores.

A segunda dimensão do DI, nomeada Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc), opera sobre o conhecimento necessário ao trabalhador intercessor para implementar os processos de produção do conhecimento na práxis, pelos sujeitos da práxis, e também para realizar o mapeamento do “campo de intercessão” com seus múltiplos aspectos e processos; opera, ainda, para produzir as transformações no plano epistemológico, que se mostrarem necessárias em decorrência das transformações da práxis e do avanço do conhecimento exigido por elas. Além disso, o DI dirige-se à Universidade para elaborar teoricamente uma reflexão sobre ela no que diz respeito aos modos de seu *processo de produção* (a práxis universitária), em particular seu modo dominante de produção de conhecimento e de produtores de conhecimento no contexto da divisão social do trabalho. Com isso DI pretende avançar na direção de superar dialeticamente o processo de produção do conhecimento como ato de um agente especializado.

A meta ético-política do DI/DImpc tem como eixo principal a superação da divisão do trabalho nas práticas em Saúde e nas práticas da Universidade, expressas em duas linhas de produção distintas que neste momento histórico servem à lógica e à ética do Modo Capitalista de Produção (MCP)³, uma vez que ambas reproduzem a divisão social do trabalho entre fazer-pensar. Essa produção comum da Universidade se atualiza na produção de técnicas para a ação e de técnicos no “mercado de trabalho”, nesse caso técnicos em Atenção à Saúde; e produção de in-

V O DI, com fundamento no campo do Materialismo Histórico de Marx e na Psicanálise do campo Freud-Lacan fará uma distinção essencial entre saber e conhecimento. Veremos que o saber é justamente negligenciado no que se chama o saber da Ciência. Talvez essa negligência, embora remonte a tempos anteriores muito mais amplos, seja acentuada no Modo Capitalista de Produção (MCP).

telectuais para a produção e reprodução de conhecimento tal como está dado na divisão social do trabalho, professores e pesquisadores.

Como se pode ver, as metas propostas pelo DI supõem uma estratégia de longo prazo e táticas pontuais de cunho micropolítico, capazes de ocupar brechas já abertas, e de abrir outras novas, nos processos de produção instituídos nas diferentes instituições sociais da produção^{4, 5, 6}.

O Dispositivo Intercessor, nesses dois âmbitos de ação, tem suas fundamentações teórico-metodológicas na Psicanálise do campo de Freud e Lacan, na Análise Institucional de Lourau e Lapassade, no Materialismo Histórico de Marx e na Filosofia da Diferença de Deleuze. Mais propriamente, pode-se dizer que toma esses campos como intercessores, num dos sentidos propostos para esse conceito¹, para a construção de um campo de interação e de atribuição de sentidos às práticas engendradas nas instituições de Saúde.

Ao aliar um saber essencial às práticas cotidianas, distinto do saber atinente à dimensão propriamente epistemológica, o DI possibilita que o pesquisador, especificamente trabalhador intercessor-pesquisador, esteja presente antes de tudo como um dos atores da realidade a que se propõe conhecer/transformar; desse modo, propondo-se a atuar também na superação da dicotomia sujeito-objeto presente nas metodologias de pesquisa que são mais comuns na Universidade.

Embora o processo ora descrito esteja ainda em curso, porque o DI não se pretende acabado, partimos do pressuposto de que o saber aqui colocado não é um saber pronto e acabado, senão de construções provisórias que constituem processos que fomentam as possibilidades do que está por vir – devir em cada um de nós. No presente trabalho podemos delinear que a utilização do DI/DImpc percorre um caminho de produção com um olhar sobre os processos de subjetivação e processos de produção em sentido mais amplo, tendo em mente a possibilidade de autonomia dos sujeitos e dos coletivos, isso constitui sua ética.

Dessa forma o trabalhador intercessor-pesquisador deve favorecer a transição das responsabilidades, de maneira que o sujeito ou coletivo construam seu funcionamento autônomo, deslocando-se da posição de saber que atribuem imaginariamente ao outro, – detentor “suposto” do

saber^{VI} em relação às questões trabalhadas pelo sujeito ou pelo coletivo. Mais precisamente, o trabalhador intercessor “instrumenta” a suposição da existência de um saber já produzido e detido por alguém, para potencializar as capacidades de produção e protagonização dos sujeitos e dos coletivos, levando em conta as especificidades e a inserção no campo da Saúde Coletiva naquele momento, e contexto.

Para contextualizar melhor estes dois momentos da intercessão-pesquisa, discorreremos sobre o DI como dispositivo de interação na práxis e, em seguida, sobre o DI_{mpc} que pretende romper com o modo vigente de produção de conhecimento dominante na ciência positiva contemporânea.

O DI é denominado “dispositivo” por se relacionar ao movimento das pulsações instituintes e instituídas, que movem mecanismos constitutivos das instituições como Formações Sociais subjetivadas; também por fazer referência a algum acontecimento ou ferramenta que enuncia ou cria o novo a partir da inserção deliberada do “intercessor” na instituição considerada como campo de intercessão em si mesma⁶.

Um dispositivo é “*produzido na relação entre as pessoas, coisas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos*”⁷; assim, visa a mudar os modos instituídos do fazer nos processos de trabalho, disparando acontecimentos e criando possibilidades de enfrentamento de formas extremamente verticais ou horizontais do fazer em Saúde, a partir de encontros possíveis no cotidiano, num processo de “*sobredeterminação funcional*”⁸, onde cada efeito estabelece uma relação de ressonância ou contradição que exige uma rearticulação dos elementos heterogêneos, presentes em dado contexto.

O “Intercessor”, além de ser um termo da linguagem corrente, é um conceito que encontramos na Filosofia de Deleuze¹. Em sentido amplo, para nós, os intercessores são componentes de um campo complexo, que denominamos campo de intercessão. Apenas de dentro desse campo, e em absoluta relação com ele, é pertinente falar em trabalhador interces-

VI O Sujeito Suposto Saber é um conceito de Lacan que procura designar o fato de que há um saber no sujeito ou no grupo, sobre a situação que eles vivem; situação que pode ser experimentada como uma situação angustiosa. Desse saber, entretanto, ele só tem como se apropriar, inicialmente, de modo imaginário. Ou seja, ele só se aproxima desse saber, supondo outro que o detém, que previamente o sabe.

sor (ao modo dos analisadores construídos). Este só ganha pertinência e operatividade a partir de brechas abertas no *campo de intercessão* pela ação dos intercessores que são inerentes a esse campo.

Deleuze¹ faz uma análise da mudança de paradigma para o entendimento dos movimentos físicos que antes eram vistos a partir de um ponto e uma força específica e hoje os novos esportes se dão a partir de um movimento já em existência, uma onda (como o surf, ou o próprio skate), “inserção numa onda preexistente”¹ (p.151). Podemos considerar que assim se dá a inserção do trabalhador intercessor em campo, utilizando-se explicitamente de ondas preexistentes nos movimentos institucionais e nas relações de produção.

O referido autor faz ainda uma relação entre a filosofia, arte e a ciência, afirmando que elas entram em ressonância mútua e em relações de troca, sendo necessário considerá-las como espécies de linhas melódicas que não cessam de interferir entre si. Coloca ainda que:

A filosofia não tem aí nenhum pseudoprimado de reflexão, e por conseguinte, nenhuma inferioridade de criação. Criar conceitos não é menos difícil que criar novas combinações visuais, sonoras, ou criar funções científicas¹ (p.156).

Tanto a produção de conceitos quanto sua gestão e aplicação a uma determinada realidade são práxis de mesmo estatuto, correndo-se o risco de tomar a produção de conceitos como autônoma e separada de sua gestação na ação concreta de sujeitos, por sua vez, aliados do processo de produção de conceitos.

Considera assim que o intercessor (trabalhador intercessor) integra este conjunto que é de criação; cria suas “próprias impossibilidades e ao mesmo tempo um possível”¹. Ao adentrar no campo da Saúde e mobilizar através do DI os movimentos de criação junto aos sujeitos inseridos de diferentes modos nesse contexto, o trabalhador intercessor integra o campo ao mesmo tempo em que os sujeitos do campo, movimentam-se conjuntamente sendo intercessores de seus próprios processos de subjetivação e abrindo espaços ou ‘brechas’ para a intercessão.

Pode-se dizer que o trabalhador intercessor também cria suas próprias impossibilidades à medida que enuncia questionamentos presentes

na realidade dada, em forma de sintomas ou outros impasses; ou seja, ao destacar para o coletivo o estado de suas posturas precedentes, ele pode levantar dúvidas, questionamentos, realizar apontamentos que farão o campo se movimentar a partir das novas ações e reflexões produzidas pelo coletivo. Ao mesmo tempo em que questiona algo que está no nível da impossibilidade, mais propriamente, na dimensão do impossível, cria também, junto aos sujeitos da práxis, suas possibilidades de intercessão concretamente possíveis naquele momento e para aquele contexto; ora, sabemos que não reconhecer os impossíveis em dados contexto e momento é cair na impotência. E também ao mesmo tempo em que compartilha com os sujeitos suas experiências e relatos, o trabalhador intercessor pode ajudar a quebrar formas preconcebidas de olhar e habitar a mesma realidade.

Cria assim um estilo próprio “daquele” trabalhador intercessor, porque constituído das posturas precedentes que o compõem; na relação de intercessão com o que é próprio daquele território e naquela relação que ali se estabelece. Como afirma Deleuze¹:

O estilo, então, tem necessidade de muito silêncio e trabalho para produzir um turbilhão no mesmo lugar, depois lança-se como um fósforo que as crianças vão seguindo na água da sarjeta. Pois certamente não é compondo palavras, combinando frases, utilizando ideias que se faz um estilo. É preciso abrir as palavras, rachar as coisas, para que se liberem vetores que são os da terra¹. (p.167).

Para este movimento ocorre um encadeamento de rupturas com base no modo de funcionamento precedente e com a criação do novo, novo modo, novo estilo, nova configuração das relações que se reestabelecem, sem a pretensão da busca pelo verdadeiro e final, pois a verdade para o DI não é algo preexistente, mas sim construído especificamente para determinado campo.

Assim não há verdade preestabelecida sobre o que ocorre naquela situação, naquele território e com aqueles sujeitos. A verdade deste espaço somente se constitui nele mesmo, entretanto como coloca Deleuze¹, “as potências do falso é que vão produzir o verdadeiro, pode-se pensar,

então que um *trabalhador intercessor encarnado* funciona então como o provocador de falsos, o que opera com as dúvidas, o que traz a dimensão do Real para que os sujeitos reflitam e recriem naquele dado momento seu movimento, ou seja, a narrativa alia reflexões sobre aquilo que é a realidade para o sujeito da práxis, a partir de um intercessor que é composto pela composição de falas, interações e relações estabelecidas no campo – no território – no coletivo. Dito de outro modo, ao afirmar que em seu trabalho com Guattari cada um é falsário do outro, isto é, que cada um compreende a seu modo a noção proposta pelo outro, Deleuze deixa entrever que não se trata de produzir o falso, e sim fazer bifurcar a “verdade como toda”, em direção ao verdadeiro como não-todo.

É também da “verdade como não-toda” que se trata no Dispositivo Intercessor, antes de mais nada; ou seja, de recuperar nos enunciados a enunciação, resgatar dos movimentos instituídos, alienados, a dimensão transformadora e criativa da práxis cotidiana das instituições de Saúde; entendemos que é isso que Deleuze nomeia “Essas potências do falso que não produzem o verdadeiro, são isso os intercessores”¹ (p.157).

Consideramos que o trabalhador intercessor estabelece um “estilo” ao estar em contato com o campo de ação, levando em consideração as posturas desencadeantes de sua constituição, levando em conta as premissas de posturas precedentes de sua formação e ao mesmo tempo posicionando-se em ruptura com elas, por empreender uma produção em ato, dentro de novas premissas teórico-técnicas e éticas. Ele se serve das premissas de que tomou conhecimento em sua formação, acadêmica ou de experiências na práxis, para então superar este processo através da produção de novos estilos que somente são possíveis naqueles contextos, e a partir dos parâmetros fornecidos pelo DI, não sendo diretamente “aplicáveis” a outros campos, senão produzidos na própria criação em ato.

Os intercessores qualitativos ou próprios de posturas precedentes são fundamentais para que o trabalhador intercessor empreenda a produção de uma nova postura, porque sem que houvesse situações, práticas e ações que acumulassem conhecimento, sem a análise crítica de experiências exitosas ou malfadadas, não seria possível fazer com que os coletivos se movimentassem em direção a novas formas da práxis.

Podemos tomar como exemplo, o caso das ações e elaborações teóricas que têm sido propostas no campo da atenção ao sofrimento psíquico, nas últimas décadas: foi preciso que se observassem os enormes números de internações e as condições precárias de seres humanos internos em manicômios e hospitais psiquiátricos para que, de alguma forma, isso funcionasse como intercessor, autorizando, por sua vez, um conjunto de trabalhadores diversos (às vezes chamados atores sociais), que foram produzindo ações e reflexões em vários aspectos do campo da práxis, que aos poucos foram provocando uma mudança que nos levou a toda a história da Reforma Psiquiátrica^{9, 10, 11, 12}, e mais recentemente aos movimentos e ações na direção da transposição do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e à sua substituição pelo Paradigma Psicossocial⁵ focado nas instituições CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que têm seu olhar e ação voltados para o foco do Território, em detrimento do Manicômio e Hospital Psiquiátrico fechado e seus aparatos ideológico e tecnológico.

O caso da Reforma Psiquiátrica e das transformações que vão produzindo a Atenção Psicossocial no Brasil merece uma análise muito mais detalhada e aprofundada, que não poderá ser feita nesta ocasião, pois compreende transformações em um aparato institucional amplo, complexo e de sedimentação instituída ao longo de um século de história. Suas dimensões econômicas, científicas, ideológicas e culturais, e suas múltiplas relações com as demais instituições sociais, com as quais partilha o espaço geopolítico e o tempo histórico, implicaram que só a partir de algumas transformações nesse contexto (entre elas a luta ampla da sociedade civil para restabelecer o estado democrático nas principais instituições sociais) fosse possível fazer ecoar as condições miseráveis em que se encontravam os manicômios e os hospitais psiquiátricos brasileiros, já nas décadas precedentes, dando-lhes estatuto de estopim que disparou o processo de transformações que ainda hoje seguem seu curso, mesmo que com avanços, retrocessos e muitas estases¹³.

Quando se refere à necessidade dos intercessores na política, Deleuze¹ especifica as diferenças entre intercessores da direita e como eles operam, e os intercessores da esquerda na experiência e história de sua época; não podemos cair na inocência ou na ignorância e pensar que os

intercessores só estão presentes e só servem a movimentos produtivos e de mudanças que consideramos satisfatórias em relação a determinados objetivos e determinada ética. Devemos levar em conta qual a lógica e a ética colocadas pelos intercessores protagonistas na instituição de Saúde, porque eles podem servir à manutenção de modos hegemônicos no contexto em que se constituem, podem mesmo servir a um movimento de manutenção de práticas asilares, que são flagrantemente contrárias aos interesses de todos os sujeitos do sofrimento psíquico, e dos próprios trabalhadores do campo.

Aqui podemos tomar como exemplo, as grandes produções científicas e discussões teóricas e ideológicas no campo da atenção aos impasses relacionados a formas de uso do álcool e outras drogas que priorizam conhecimentos de ordem biologista e modos hegemônicos de tratamento através da medicalização, internação e exclusão social. Não parece haver dúvida de que esses intercessores neobiologistas e neomanicomiais, incluindo intercessores-encarnados que os promovem e sustentam, empreendem movimentos de cunho científico e de produção de práticas altamente relevantes na atualidade em nossa sociedade; sendo reprodutores de um modo societário, do qual é impossível dissociar a produção desses mesmos impasses.

Por outro lado, identificamos intercessores que produzem práticas voltadas à inclusão, à atenção psicossocial enquanto lógica de Atenção a esta mesma “demanda” (aqui entre aspas, por se tratar hoje muito mais de uma demanda social do que de demanda de atenção à saúde). Vale a pena sublinhar, de passagem, que a própria política oficial sustentada pelo Ministério da Saúde¹⁴, que pretende responder às demandas por Atenção aos impasses associados ao uso de álcool e outras drogas, pauta-se pela lógica e pelo aparato institucional fundado no paradigma da atenção psicossocial. Trata-se inequivocamente, portanto, de uma luta pela hegemonia entre modos de gestão do conjunto de interesses e valores atualizados nesse setor das instituições sociais.

Sendo assim, os intercessores podem produzir movimentos em diversas lógicas e para diversos sentidos. Cabendo, em nossa opinião, ao trabalhador intercessor, a partir de sua formação e da lógica de sua reflexão (a lógica dos modos de produção cooperados, e, que se pauta o

paradigma da atenção psicossocial), empreender junto, ao Território, os movimentos necessários para que os coletivos de trabalho empreendam a produção de conhecimento na práxis, que seja eticamente condizente com esse paradigma⁵.

Por um lado, pode o trabalhador intercessor colocar o sujeito em condições de se expressar. Visto que a dificuldade imposta hoje pela sociedade não é exatamente, não ter o que dizer – muito se diz, e os sujeitos muito podem dizer sobre suas práticas e sobre os embasamentos delas, inclusive científicos; pode, por outro lado, o trabalhador intercessor desenvolver um movimento de colocar também o sujeito da práxis de que se trate, em silêncio; a fim de que possam se criar condições para, a reflexão necessária para à composição de uma narrativa, para que ele então possa entrar em contato com o que realmente têm a dizer.

Nesse ponto, vale observar que o mais relevante não é o certo ou o errado nas falas dos sujeitos da práxis, o que se coloca em primeiro plano são as noções de importância, de necessidade e interesse, pois, ainda segundo Deleuze¹, estas noções são mais determinantes do que a noção de verdade e devemos levá-las em conta para a intercessão em movimentos que se pretendam instituintes no Território.

Não há uma verdade que possa ser instituída através de normas ou de um saber específico proveniente do trabalhador intercessor ou de qualquer outro âmbito exterior ao coletivo. O que há são importâncias diferentes atribuídas aos diferentes conteúdos e falas, de acordo com a necessidade que cada sujeito e cada coletivo institucional têm, de acordo com o interesse que envolve aquela situação ou temática. Assim um saber somente será construído em um movimento composto pelos sujeitos da práxis levando-se em conta estas noções em operação, de maneiras e em momentos diferentes para cada sujeito.

Trata-se de, ao proporcionar que a narrativa seja feita pelos sujeitos, falando sobre si próprios e suas ações no território, compor outro discurso que não é o oficial, não o discurso sobre o que devem fazer, mas o discurso de si próprios, o discurso do que fazem, como fazem e querem fazer, e como sentem. Sendo assim um discurso da minoria que pode ser captado na produção de seus próprios movimentos; captados, estes, à

medida que se compõem. Por isso falamos em produção na práxis pelos sujeitos da práxis.

O DI, através de seu complemento, o DImpc, pretende empreender um dinamismo também na práxis Universitária, fazendo uma crítica ao modo de produção do conhecimento predominante. O trabalhador intercessor-pesquisador:

... agora, centrando sua ação na produção de um conhecimento sobre os processos de produção do saber na práxis em geral, coloca-se como agente questionador do saber instituído, pretendendo fazer movimentar-se a rede de conceitos e significantes instituídos”⁶.

Faz este movimento ao apontar as contradições, as insuficiências ou equívocos do *corpus* e do modelo de saber que se pretende pronto e construído para aquele campo ou conjunto de questões, propondo-se a superá-lo dialeticamente, apresentando como resultado um saber sempre transitório e dinâmico, capaz de operar mudanças na realidade, ele própria sempre em processo de transformação: é, então, um conhecimento que não pode pretender-se como verdade absoluta e acabada.

Na lógica do DImpc não se pretende um saber pronto para ser transmitido ou “ensinado” a outrem, nem mesmo os trabalhos desenvolvidos por este coletivo se pretendem normatizadores de um modelo a ser incorporado em pesquisas universitárias em Saúde Coletiva. Pelo contrário, este trabalho discorre exatamente sobre as possibilidades de produção de efeitos diversos que são decorrentes dos elementos constituintes do DI/DIimpc e pretende servir a futuras possibilidades de intercessão e de instrumentalização de novos intercessores que se formarão em ato nas práticas da intercessão postas deliberadamente em ação.

Nesta vertente, a produção de conhecimento não se dá diretamente da produção hegemônica universitária para a práxis da intercessão em ação no campo, não se caracteriza como um saber que será devolvido de alguma maneira para os sujeitos do campo da intercessão, pois os conhecimentos que servem aos sujeitos da intercessão foram já produzidos no DI, no primeiro momento de ação do intercessor, ainda trabalhador intercessor (e não propriamente pesquisador).

No momento segundo, porém não secundário em ordem de importância, a produção do conhecimento se dará na e para a práxis do campo da produção de conhecimento, em nosso caso a Universidade, podendo fomentar movimentos que almejam superar o modo dominante de produção de conhecimento instituído, que opera numa lógica homóloga à do Modo Capitalista de Produção, na qual alguns agentes planejam, pensam e desenvolvem tecnologias para serem implantadas junto a outros, ou mesmo por outros. Esses que estão alinhados com o MCP são sujeitos inseridos num modo de produção de conhecimento que se orienta pela lógica do Discurso Universitário (DU), tal como proposto na teoria dos Discursos como laços sociais de produção, introduzidos por Lacan¹⁵.

Seguindo a mesma lógica do DU, outros sujeitos são preparados para executar tecnicamente ações previamente definidas, ou ainda podem ser preparados para aplicar as tecnologias para a produção do conhecimento serializado (estes são os clássicos pesquisadores). Este processo não ocorre sem levar em conta as relações de saber e poder presentes na Universidade como instituição, relações de produção do conhecimento estabelecidas pelos agentes do Discurso Universitário entre si mesmos e com os sujeitos da práxis em geral.

Conforme nos afirma Miranda¹⁶: *“Todo o saber-sobre é também um poder-sobre”*, ou seja, há modos do saber que se proclamam na Universidade como produtos de seu processo de construção do conhecimento, que assumem explicitamente seu caráter utilitário; veja-se, por exemplo, o caso do tecnicismo biologicista citado anteriormente. Devemos destacar dois sentidos do “sobre”: em primeiro lugar trata-se da objetificação dos “referentes” do conhecimento produzido, mesmo que sejam nomeados sujeitos, objetificação inerente ao princípio sujeito-objeto, que é a base das disciplinas (o chamado campo da saúde está ocupado exclusivamente por disciplinas, daí o adjetivo “interdisciplinar” que é comum se aplicar a ele); em segundo lugar o “sobre” remete às considerações de Deleuze¹ sobre esse ponto: “Sempre que se está numa época pobre, a filosofia se refugia na reflexão ‘sobre’.. mas já não consegue ela própria fazer o movimento”, ou como afirma Lacan¹⁷ (p.592), ainda na década de 50 do século passado: “.. a impotência em sustentar autenti-

camente uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder”.

Essas seriam algumas das razões pelas quais o trabalhador intercessor encarnado, na práxis da Universidade (DImpc), modifica sua posição, desloca-se, assumindo a função de sujeito (como sujeito dividido/questionador) no lugar do Agente em outra modalidade de produção diferente do Discurso Universitário, Lacan¹) o nomeia Discurso da Histeria ou do Sujeito. Em suma, num modo de produção, o agente é um saber que se pretende definitivamente sabido e transmissível; no outro, o agente é um sujeito questionador, capaz de interrogar a perenidade do saber já produzido até aquele momento histórico, produzindo a ampliação do saber e do conhecimento.

Desse modo, o trabalhador intercessor pode colocar em discussão os saberes estabelecidos pelo Discurso Universitário, mas não apenas tais saberes, uma vez que mesmo os conhecimentos produzidos no DImpc devem ser questionados do mesmo modo. Nesse momento da práxis da intercessão, os conhecimentos poderão ser discutidos, questionados, redirecionados; mas agora servindo, sobretudo, à produção de conhecimento sobre a prática da intercessão, isto é: sobre os processos de produção de conhecimento na práxis pelos sujeitos que a compõem, e não mais sobre os sujeitos e suas práticas. “*Não se trata, portanto, de um saber sobre, mas de um saber para (e com).*”, como esclarece Martini⁷, afirmando que a *produção para* não se dirige aos sujeitos da práxis que fariam uso do saber da maneira que compreendessem melhor; mas que é um saber que se dirige à instrumentalização de novos intercessores, ou *para* a produção de novos saberes, dirigindo-se a atores específicos situados na práxis universitária comum e suas congêneres.

O desenvolvimento do DImpc não servirá para levar até os sujeitos da práxis um saber construído a partir de práticas de intercessão já realizadas anteriormente, pois entendemos que o saber apropriado por eles a partir de sua própria construção no decorrer do DI é o que lhes faz sentido para a solução dos impasses que demandam suas ações; embora os conhecimentos anteriores também possam servir e devam ser levados em conta para a ação e a reflexão.

Em outros termos, o saber que podemos construir, produzindo reflexões, questionamentos e associações com saberes previamente constituídos sobre teorias, metodologias, “constituição do sujeito” e tecnologias em saúde servirá para criar novos sentidos para o próprio sujeito trabalhador intercessor-pesquisador, a fim de deslocá-lo, do lugar do Saber, agora na Universidade e, permitir-lhe fazer a “revolução de discurso” do modo de produção DU, para o Discurso da Histeria¹⁵.

O DImpc, assim como o DI, está em pleno processo de criação, pois está sendo construído pelos trabalhadores intercessores-pesquisadores que estão implicados no momento seguinte da produção de conhecimento sobre os processos de intercessão de que participaram no momento primeiro, denominado DI. No DImpc surgem os relatos de experiências exitosas, as reflexões consistentes, os questionamentos que produziram movimento no campo, as ações do trabalhador intercessor e do coletivo, que possibilitaram a reorganização de práticas a partir de novos saberes.

Mas surgem também os relatos dos impasses do DI; aquilo que funcionou como empecilhos, o que pôde ser considerado como brechas para a inserção criativa dos sujeitos, mas revelou-se não passar de um momento equivocado de intervenção, enfim, o DImpc traz em seu bojo tanto o que pode ser considerado como tendo dado certo, quanto aquilo que não seria considerado tão bom assim, se estivéssemos trabalhando com normas aplicadas de uma metodologia que engessasse os trabalhadores intercessores e os sujeitos da práxis.

A autoria deste processo é eminentemente coletiva, destitui o trabalhador intercessor do lugar de exclusivo detentor e criador de um determinado saber, e está implicada no processo de crise do paradigma da ciência moderna¹⁸, inclusive no sentido de que neste momento o DImpc é um campo de práxis em desenvolvimento por um coletivo específico de trabalho cujos textos representam o esforço de “uma comunidade de trabalho”.

O DImpc se utiliza desta ética para constituir-se como um agenciador de movimentos nas brechas do instituído através de proposições que reposicionem os sujeitos da práxis que se situam no lugar de produtores do conhecimento, ou seja, para os pesquisadores, cientistas, sujeitos ligados à Universidade, que operam no Discurso Universitário, fazendo

movimentar os conceitos e significantes instituídos. Favorece a produção do novo lidando propriamente com os limites do saber, tendo para si que o saber deverá, portanto, ser construído preferencialmente a partir da experiência vivenciada no DI, esta é intransferível para efeito da possível reflexão que será feita. A práxis na qual pretende operar o DI_{mpc} é a da produção do conhecimento a partir de um novo paradigma da ciência.

A relação entre as reflexões produzidas no momento do DI, que serão agora revisitadas pelo trabalhador intercessor pesquisador, produzirá o movimento de ressignificação de conceitos e conhecimentos prévios; pois o trabalhador intercessor-pesquisador, agora no momento correspondente à pesquisa, empreenderá um trabalho de relacionar, confrontar, analisar, recriar conceitos e saberes sobre o que vivenciou, no campo da intercessão, que simultaneamente o inclui e aos sujeitos da práxis específica.

Os efeitos do questionamento de conceitos e saberes atuam primeiramente nele próprio, provocando um reposicionamento em relação ao saber instituído, e em seguida servindo a outros trabalhadores intercessores-pesquisadores, sejam eles ligados à Universidade ou trabalhadores da práxis em geral. Aqui me refiro à minha própria experiência, como alguém que veio à Universidade após ser um trabalhador da práxis no campo da Atenção à Saúde e, portanto tendo realizado o exercício de passar de trabalhador (“um a mais”) a trabalhador intercessor encarnado (“mais um”), conceitos de Jacques Lacan que Costa-Rosa¹⁹ desloca para definir o lugar e as ações do trabalhador intercessor, no momento DI. É a situação desejada, pois não é nada incomum que sujeitos venham à universidade em busca do ofício de trabalhador intelectual.

No caso da “comunidade de trabalho” a que me referi antes e da qual faço parte, a condição necessária é fazer-se “trabalhador”, para num “só depois”, ainda que seja lógico, passar à possibilidade de trabalhador intercessor, e finalmente a trabalhador intercessor-pesquisador (na práxis universitária).

Ressaltamos uma vez mais que o saber produzido no campo da intercessão neste momento do DI_{mpc}, somente servirá para que novos intercessores compreendam como esses processos se desenvolvem e como deverão se posicionar sempre no lugar do “não sabido”, pois o saber da

práxis sempre será um saber específico de cada processo de intercessão, isto é, a cada processo as condições, estruturas e campos deverão ser reeditados. Reiteramos essa característica do DI: por um lado a produção do conhecimento mais fundamental se dá na práxis, pelos sujeitos da práxis, incluído nela o trabalhador intercessor (cujas ações oscilam entre a função de “um a mais” e “mais um”), é aquilo que pode ser chamado saber da práxis produzido pelos sujeitos da práxis; por outro lado, a produção de conhecimento de estatuto epistemológico, num dado momento produzido pelo trabalhador intercessor pesquisador. Entretanto, esta produção não se caracteriza como um simples relato ou análise de momentos anteriormente vivenciados, mas constitui-se como momento de produção ímpar que só pode ocorrer a partir da intercessão realizada, e não há como descrevê-la em si^{VII}.

Por outro lado constitui-se como momento de produção de conhecimento porque aqui o trabalhador intercessor-pesquisador produz para si e para outros, na universidade, o conhecimento específico sobre o fazer na Intercessão no campo da práxis em geral, sobre o fazer na produção de conhecimento na própria universidade. Esta produção acontece num dado momento (posterior) e não se configura somente como uma produção *sobre* a experiência na práxis em geral ou na práxis universitária; além disso as posturas precedentes são revisitadas, os estilos de ação e de reflexão são repensados, novos conhecimentos são produzidos, o próprio estatuto ético-político do conhecimento produzido é posto em análise. Assim se dá o DImpc.

Para concluir assinalamos que este trabalho abordou principalmente a Filosofia da Diferença e em outros momentos a Psicanálise como bases conceituais do DI/DImpc, entretanto se faz necessário assinalar que ainda contribuem para a construção do Dispositivo Intercessor outras importantíssimas bases conceituais sobre as quais não discorreremos neste trabalho. Aqui pretendemos apresentar um recorte necessário para

VII No D\$/DH o trabalhador intercessor pesquisador na posição de agente (\$), interroga, questiona o saber já sabido (S1); a fim de produzir um saber novo (S2), capaz de dar conta do Real (a), daquela situação específica - seu não-sabido, em sentido mais amplo. [$\$ / a \rightarrow S1 / S2$] - a ser lido como: um sujeito que se dirige ao saber/conhecimento sabido até àquele momento ($\$ \rightarrow S1, /$ (sinal de equação entre S1 e S2), para poder produzir o saber novo ($S2 \rightarrow a$); (a, em equação sobre \$). Saber novo (S2) que procura dar conta do *Real* (ou do irreduzível da experiência), isto é, do não-sabido daquela situação específica (a).

o aprofundamento das discussões apenas na vertente dos aspectos aqui mencionados. As outras bases conceituais e éticas do Dispositivo Intercessor podem ser em consultadas em Costa-Rosa^{5, 6, 20, 21}, entre outros.

Por fim, uma fala de Deleuze¹ para contextualizar a produção de conhecimento no DI onde ao referir-se a dar aulas diz: “*É como um laboratório de pesquisas: dá-se um curso sobre aquilo que se busca e não sobre o que se sabe. É preciso muito tempo de preparação para obter alguns minutos de inspiração*”¹ (p.173).

Assim se passa no DImpc, compartilhamos como conhecimento o que buscamos e não o que sabemos por que este saber não caberá a nenhum outro senão à medida que ele próprio se torne trabalhador intercessor. Compartilhar a busca pelo saber e os caminhos que se percorrem para tanto, pode culminar na troca de saberes com outros que também buscam saber sobre algo. Afinal “...é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. (...) sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê”¹ (p. 156). Portanto, pode-se considerar uma composição para que os saberes circulem, e que algo sirva para cada um que está a compartilhar.

Diferença importante em relação ao saber universitário da ciência tradicional, pois esta implica em que cada pesquisador/docente saiba exatamente do que está falando, senão não será detentor de conhecimento sobre determinada área, não terá produzido conhecimento que possa ser considerado válido. Esse não é o caso do novo intelectual que certamente é um trabalhador intercessor por ser capaz de trabalhar na direção de agregar *saber e fazer* (teoria e prática) em um mesmo ato e por um mesmo ator.

Referências

1. Deleuze G. Conversações. Trad. Peter Pal Pelbart – São Paulo: Editora 34; 1992.
2. Lapassade G. El Analizador y el Analista. Barcelona: Gediza S/A; 1971.
3. Marx K. Formações Econômicas Pré-capitalistas. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

4. Costa-Rosa A. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. Assis; 2007. [Apostila da disciplina de Metodologia do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP].
5. Costa-Rosa A. Operadores Fundamentais da Atenção Psicossocial: Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. [tese de livre docência]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2011.
6. Pereira EC. Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. [dissertação de mestrado]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2011.
7. Foucault M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes; 2007.
8. Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS. [dissertação de mestrado]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras. UNESP; 2010.
9. Amarante P. (Coord.) Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
10. Amarante P. *Arquivos* de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. A (clínica) e a reforma psiquiátrica; p. 45-66.
11. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
12. Yasui S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
13. Costa-Rosa A. Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, São Paulo. [dissertação de mestrado]; 1987.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
15. Lacan J. Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Ary Roitman, tradutor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

16. Miranda CM. Saúde mental infantojuvenil: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis. [dissertação de mestrado]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2011.
17. Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
18. Santos BS. Um Discurso sobre as Ciências. Porto: Afrontamento, 1987.
19. Costa-Rosa A. Comunicação Pessoal, Assis, 2009.
- 20 Santos LA. Planejamento participativo e intercessão-pesquisa como dispositivos de participação e emancipação do trabalho e do trabalhador na saúde mental coletiva. [Tese de Doutorado]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2011.
21. Garcia AS. Atenção primária e atenção psicossocial: dispositivo intercessor como operador da produção de conhecimento na saúde coletiva. [Tese de Doutorado]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2013.

Pesquisa participativa em saúde mental: revisão sistemática da literatura disponível no PubMed

Ana Ágata Mezzomo Keinert^I
Rodrigo Almeida Paroni^{II}
Tania Margarete Mezzomo Keinert^{III}

Introdução

A Organização Mundial da Saúde define saúde mental como um estado de bem-estar no qual todo indivíduo dispõe de seu potencial humano, conseguindo lidar com os estressores normais de vida, ser produtivo e contribuir para sua comunidade¹. Em 2010, transtornos mentais e relacionados ao uso de álcool e as outras drogas corresponderam a 22,9% dos anos de vida vividos com incapacidade em atividades instrumentais de vida diária mundialmente, demonstrando alto impacto dessas doenças nos agravos à saúde em geral².

Em saúde mental, intervenções participativas mostraram melhorias na adesão e nos resultados de tratamentos³. Acredita-se que abordagens participativas tenham impacto positivo na saúde mental de populações em desvantagem social devido a diferenças socioculturais e lingüís-

I Ana Ágata Mezzomo Keinert (ana.amkeinert@gmail.com) é médica formada pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP)

II Rodrigo Almeida Paroni (rodrigoaparoni@gmail.com) é médico formado pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP)

III Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é Doutora em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP) com Pós-doutorado em Gestão da Qualidade de Vida na University of Texas (UT-Austin/EUA). Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde.

ticas que estas experimentam quando procuram o tratamento tradicional de saúde mental^{4,5,6,7}.

A pesquisa participativa é definida como uma abordagem colaborativa que envolve equitativamente todos os parceiros e reconhece os pontos fortes e únicos que cada um agrega ao processo^{7,8}. Neste enfoque, a pesquisa é vista não só como um processo de criação de conhecimento, mas também como forma de educação, desenvolvimento da consciência, mobilização para tomada de decisões e ações^{8,9,10}.

Esse modelo de pesquisa tem importância na área da saúde, pois aumenta o envolvimento de comunidades marginalizadas, atingindo populações de difícil alcance, como grupos discriminados por questões raciais ou étnicas, de gênero, idade ou condições de vida, cuja desconfiança histórica da pesquisa tradicional e do sistema de saúde compromete a ação de pesquisadores e profissionais de identificar e atender às suas necessidades¹¹.

A pesquisa participativa promove uma parceria equitativa entre membros de uma comunidade específica e pesquisadores acadêmicos^{12,13}, adaptando a intervenção às necessidades da comunidade para garantir que estas sejam abordadas¹⁴. No entanto, seu uso em saúde mental ainda é pequeno^{15,16}, com poucas evidências disponíveis na literatura médica. Em uma busca realizada na base de dados MEDLINE^{IV,17} via PubMed^V, com os descritores MeSH^{VI} de “*Community-Based Participatory Research*” e “saúde mental” ou “psiquiatria”, foi encontrado um único estudo indexado como revisão sistemática (com indexador “*systematic review*”). Tal artigo, no entanto, consistia de apenas um estudo que relata a criação de uma parceria para implantação de práticas baseadas em evidências em saúde mental em centros de saúde rurais no Arkansas¹⁸. Ressaltamos que “*Community-Based Participatory Research*” é o único descritor MeSH relacionado à pesquisa participativa indexado nessa base de dados, na qual consta desde 2009.

IV Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América que conta com mais de 28 milhões de referências a artigos em ciências biológicas e da saúde de mais de 70 países.

V Motor de busca de livre acesso à MEDLINE, mantido pelo National Center for Biotechnology Information.

VI “*Medical Subject Headings*”, sistema de palavras-chave específico para indexação de dados na base MEDLINE.

Modificando a busca com o uso do indexador “*review*” no lugar de “*systematic review*”, foram encontrados dois estudos norte-americanos. O primeiro, publicado em 2008, foi uma revisão sobre um programa de saúde mental para idosos, utilizando entrevistas com os envolvidos nas pesquisas¹⁹. O segundo, publicado em 2011, foi uma revisão de estudos que empregam pesquisa participativa baseada na comunidade para abordar a saúde mental de populações minoritárias²⁰.

Destes três artigos encontrados na base MEDLINE, apenas o último citado apresentou similaridades em objetivos e métodos com o presente artigo, pois foi realizada uma busca na literatura médica e os dados obtidos foram agrupados em diferentes itens. Não obstante, os três artigos limitaram a população estudada, seja à minorias étnicas ou à idosos.

Há, assim, escassa informação, na literatura médica, sobre a utilização de pesquisa participativa em saúde mental. Neste artigo, apresentamos o resultado de uma busca de estudos prospectivos indexados na MEDLINE e realizamos uma revisão sistemática para fornecer um panorama preliminar do uso da pesquisa participativa em saúde mental, em diferentes populações, com métodos e intervenções diversas.

Objetivos

O objetivo principal desse capítulo é avaliar a abrangência da utilização da pesquisa participativa em estudos que abordaram questões relacionadas à saúde mental. Objetivos secundários incluem verificar, quanto a benefícios e limitações, os resultados relatados nos estudos que se valeram de métodos participativos sobre populações com agravos ligados à saúde mental, bem como investigar a importância de atores não convencionais na abordagem de transtornos mentais e também seu papel enquanto coprodutores de conhecimento.

Métodos

Realizamos uma revisão sistemática da literatura disponível na base de dados eletrônica MEDLINE via PubMed. Foi feita uma busca sis-

tematizada com os descritores “saúde mental”, “psiquiatria” e “*Community-Based Participatory Research*” (CBPR) e os sinônimos disponíveis na base. Foram obtidos 122 resultados.

Como critérios para inclusão em nossa revisão, definimos a) como participantes dos estudos selecionados, qualquer população com algum agravo relacionado à saúde mental; b) como intervenção, a utilização de métodos da pesquisa participativa; e c) como desfecho, impacto sobre a saúde mental da população estudada.

Foi realizada uma primeira seleção pelo título dos artigos por dois avaliadores independentes por meio da plataforma *Rayyan*^{VII,21}. Para inclusão, buscamos títulos que fizessem referência a uma avaliação da saúde mental de populações por meio de métodos participativos. Em caso de discordância entre os avaliadores, um terceiro avaliador independente foi acionado para resolução dos conflitos. Nessa etapa, foram incluídos 43 estudos, com 73 exclusões.

A segunda etapa foi de exclusão pelo resumo por dois avaliadores independentes. Novamente, para inclusão o estudo deveria utilizar métodos participativos para avaliação da saúde mental. Ademais, os participantes que atuavam em conjunto com os pesquisadores deveriam ser a própria população, que apresentava algum agravo relacionado à saúde mental, e não cuidadores ou profissionais de saúde, para que avaliássemos o uso de pesquisa participativa que envolvesse diretamente os sujeitos em sofrimento psíquico. Foram excluídos estudos transversais e outras revisões.

Para leitura completa, foram incluídos 19 artigos, com exclusão de 24. Após a leitura, três artigos foram excluídos, um por não utilizar métodos participativos, um por não avaliar desfechos (impactos) em saúde mental e um por se tratar de um estudo já incluído, relatado em duas publicações.

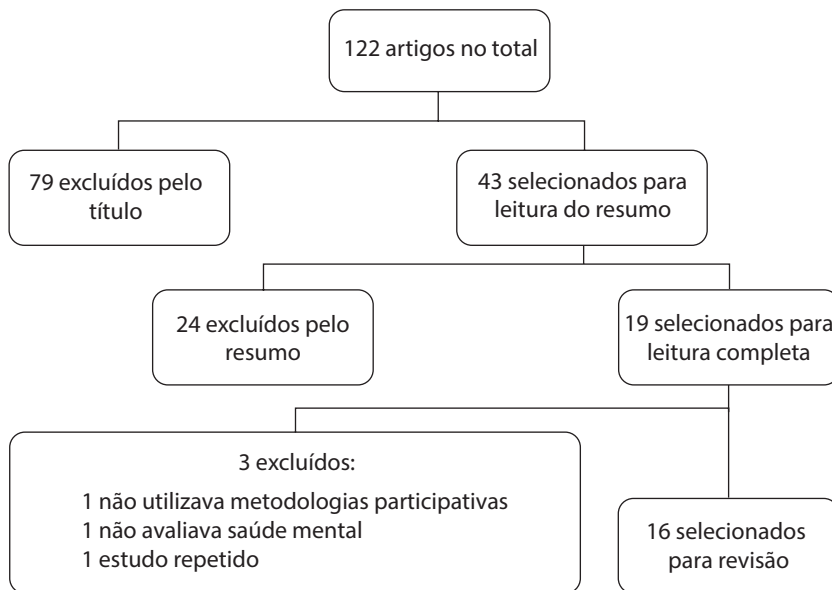
VII Plataforma gratuita disponível online para o desenvolvimento de revisões sistemáticas.

Quadro 1. Estratégia de busca para as bases de dados.

MEDLINE (via PubMed)	(("Community-Based Participatory Research"[Mesh]) OR (Community Based Participatory Research) OR (Participatory Research, Community-Based) OR (Consumer-Driven Community-Based Research) OR (Community-Based Research, Consumer-Driven) OR (Community-Based Researchs, Consumer-Driven) OR (Consumer Driven Community Based Research) OR (Consumer-Driven Community-Based Researchs) OR (Research, Consumer-Driven Community-Based) OR (Researchs, Consumer-Driven Community-Based)) AND ("Psychiatry"[Mesh]) OR ("Mental Health"[Mesh]))
-------------------------	--

Total de estudos: 122

Figura 1. Organograma do processo de seleção de artigos.



Resultados e discussão

Dezesseis artigos avaliaram as questões propostas nesta revisão, sendo este conjunto analisado a seguir.

Para apresentação de nossos resultados, dividimos nossa abordagem em cinco aspectos: a) metodologias utilizadas nos estudos selecionados, b) perfil dos participantes ou comunidade envolvida, c) intervenções realizadas, d) resultados obtidos e e) conclusões dos trabalhos. Pela diversidade entre os estudos que compõem nossa revisão, quando possível, realizamos uma análise agrupada dos estudos. No entanto, quando tratamos de estudos com características singulares, fizemos descrições individualizadas.

a) Metodologias

Em relação ao desenho dos estudos selecionados, os métodos participativos utilizados incluem rodas de conversa, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e fóruns de discussão. As intervenções serão mais detalhadas adiante. As parcerias foram desenvolvidas entre universidades, com pesquisadores de faculdades de enfermagem, ciências da saúde e medicina; instituições comunitárias, como igrejas e organizações civis; e instituições públicas, como departamentos do governo ligados à saúde ou hospitais públicos. Entre os estudos que tiveram sua duração reportada, o tempo mínimo foi de 3 meses²², enquanto o máximo foi de 1 ano e 9 meses²³.

b) Perfil dos participantes ou comunidade envolvida

Dos 16 estudos, metade foi realizada nos Estados Unidos da América (n = 8), seguidos, em número, pelo Canadá (n = 3), Reino Unido (n = 2) e Austrália (n = 1), Líbano (n = 1) e Noruega (n = 1).

Quanto à característica da população participante, os estudos selecionados trabalharam com a saúde mental de: jovens Lumbee (uma etnia indígena dos EUA)²⁴; jovens palestinos refugiados no Líbano²⁵; adolescentes descendentes de cambojanos vivendo nos EUA²⁶; homens afro-americanos que vivem com HIV/AIDS²²; latinos²⁷ e afrodescendentes em

situação de pobreza²⁸; povos autóctones australianos²⁹; idosos pertencentes a minorias étnicas³⁰; pessoas que se identificam como bissexuais³¹; detentas de uma penitenciária feminina²³; pacientes da ala geriátrica de um hospital geral³²; jovens que exercem papel de cuidadores³³; pessoas portadoras de transtorno mental grave e persistente³⁴; usuários de serviços de saúde mental^{35,36,37}. Todas essas populações apresentavam algum agravo relacionado à saúde mental.

O tamanho das amostras variou de 4, em um estudo que realizou entrevistas com pacientes que estiveram internados na ala geriátrica³², a 170 participantes no estudo realizado em uma penitenciária²³. A análise dos participantes em subgrupos não foi feita em todos os estudos.

c) Intervenções realizadas

Dos 16 artigos revisados, 10 declararam utilizar CBPR como método de pesquisa e 5 declararam apenas a criação de grupos focais. Além disso, um artigo descreveu uma oficina de eventos para discussão da saúde mental de jovens cuidadores³³.

Metade dos trabalhos analisados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa consistia de coletas de dados por meio de questionários, oficinas ou criação de conselhos comunitários. A partir dessa primeira aproximação com a comunidade, uma segunda intervenção era planejada.

Por vezes, a primeira etapa apontava para uma necessidade em saúde da população, sendo a segunda etapa planejada para trabalhar essa necessidade, com a comunidade já engajada e com o vínculo entre acadêmicos e comunidade estabelecido. Um exemplo disso seria a criação de um roteiro para entrevistas com base em uma coleta de dados realizada anteriormente, por meio de métodos participativos gerando uma ferramenta de pesquisa mais adequada àquela comunidade específica do que uma entrevista semiestruturada encontrada na literatura. Outros três estudos fizeram um treinamento da população como uma primeira etapa, para que os participantes pudessem atuar como pesquisadores na segunda etapa.

Os demais artigos selecionados na revisão realizaram intervenções diversas para atingir seus objetivos, com maior ou menor participação das comunidades nas fases da pesquisa. Entre as intervenções descritas,

temos organização de eventos comunitários ou com profissionais para discussão da saúde mental da população específica, produção de pôsteres ou material escrito, atividades de apoio espiritual em grupo. Como intervenções “menos participativas”, consideramos a criação de conselhos consultivos ou a participação da comunidade apenas em discussões, sem poder de decisão direta sobre a pesquisa.

d) Resultados obtidos

Nesta seção, descrevemos brevemente os resultados obtidos pelos estudos selecionados. Por tratarmos de populações e intervenções diferentes, os resultados dificilmente foram agrupados, sendo, em sua maioria, comentados separadamente.

Todos os artigos relataram resultados positivos das intervenções propostas. Entre os estudos que realizaram avaliações quantitativas, dois apresentaram desfechos estatisticamente relevantes. O primeiro estudo relatou, após intervenção baseada na Teoria Social Cognitiva (SCT) e na Teoria da Esperança (HT), menores índices de ansiedade e depressão e maior autoestima²². Os participantes indicaram que isso foi obtido através do estabelecimento de metas realistas para suas vidas, identificando os passos necessários e os desafios para atingi-las. A maioria dos participantes relatou que a incorporação de habilidades para resolução de problemas e a definição de metas aumentaram sua autoestima e autoeficácia, capacitando-os a tomar decisões e respostas bem informadas em eventos e circunstâncias.

Já o segundo estudo com desfecho estatisticamente significativo reportou-se uma diminuição de sintomas depressivos dos participantes após 8 meses da intervenção²⁸. Agentes comunitários foram capacitados em educação popular para utilizar estratégias variadas (questionário, sociodrama, *brainstorming*) visando a identificar necessidades em saúde da população e desenvolver intervenções para ganho de capital social e promoção de saúde nessa comunidade.

Outros dois trabalhos apresentaram desfechos positivos, porém sem relevância estatística. Um deles, após um programa de exercícios no centro comunitário para indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos, mostrou resultados de melhores tendências de humor, suporte social

e saúde física, bem como saúde mental³⁴. O *feedback* dos participantes mostrou que a intervenção foi bem recebida e levou a melhorias perceptíveis na saúde.

No outro estudo, participantes mostraram uma diminuição na ideação suicida após 6 meses de intervenção focando em educação cultural no contexto da saúde mental²⁴. As descobertas significativas foram limitadas devido ao pequeno tamanho da amostra e à falta de randomização. Uma média de 90,1% dos participantes declarou querer continuar envolvido nas atividades culturais²⁴.

Outros estudos reportaram, do ponto de vista da população afetada, práticas de profissionais de saúde positivas (busca por conhecimento, escolha de perguntas abertas sem indução de respostas, reações neutras ou positivas às informações declaradas pelos pacientes) ou negativas (julgamento, desconhecimento, percepção negativa de questões de saúde mental, estigmatização)³¹. Demonstraram a relevância das relações familiares²⁶, bem como a influência de meios como a vizinhança e a escola, um frequente cenário de bullying^{24,26,33}.

Um estudo identificou problemas na comunicação entre os serviços e a população estudada, citando uso de linguagem leiga versus profissional, desconsideração da população por parte de profissionais e falta de divulgação dos serviços disponíveis³³. Outro estudo demonstrou um nível surpreendentemente baixo de conscientização sobre os serviços de saúde mental disponíveis, cuidadores, profissionais e os idosos participantes revelaram uma consciência limitada da natureza e extensão do transtorno mental nesta faixa etária³⁰.

Um estudo evidenciou a própria doença mental como desafio na participação do paciente³⁵. Tanto os usuários do serviço quanto os profissionais de saúde concordaram que a doença mental poderia levar a uma visão de mundo distorcida, o que implicaria uma visão insuficiente da doença por parte dos pacientes ou mesmo problemas para reconhecer que teriam uma doença. A dificuldade na comunicação verbal e a capacidade dos pacientes de cooperar nas fases mais sintomáticas também foram percebidas como um obstáculo para a participação. Pacientes e profissionais relataram ser necessária uma maior participação da equipe de saúde quando os pacientes se encontrarem incapazes de atuar em seu

próprio interesse, sendo este definido como o que levaria a uma melhor saúde mental ou o que os ajudaria a evitar ferir-se física ou socialmente.

Entre outros resultados positivos relatados, temos que pacientes envolvidos nas decisões acerca de seu tratamento ficam mais satisfeitos e se relacionam melhor com seu médico³⁷, participantes relataram maior confiança de que poderiam efetuar mudanças para sua saúde, desenvolveram sua independência e autoestima²³ e o aumento do empoderamento²⁹, que envolve autoestima, resiliência, confiança na capacidade de mudar o ambiente e de avaliar as causas de problemas, encontrar soluções e agir sobre dificuldade familiares imediatas.

e) Conclusões dos trabalhos

Analisando as conclusões dos artigos, notamos que métodos participativos de pesquisa são um meio de formar parcerias equitativas entre acadêmicos e populações desprivilegiadas^{24,29}. Especialmente quando as necessidades são complexas e heterogêneas, as intervenções também devem ser diversas, envolvendo múltiplas organizações³³.

Métodos participativos são de grande valia quando aplicados à saúde mental, pois podem capacitar seus participantes através de habilidades relacionadas à pesquisa, desenvolvendo autoestima, autoconfiança e respeito ao contexto sociocultural daquela população^{23,24}. Em serviços de saúde gerais, a assistência à saúde mental pode ser considerada mais difícil ou desagradável³² e intervenções participativas que envolvam usuários e profissionais desses serviços podem colaborar para melhor qualidade da assistência. Por vezes, práticas da pesquisa são incorporadas pela comunidade e passam a ter um efeito de longo prazo ou em cascata, pois os participantes do programa tornam-se mais ativos na comunidade acerca de problemas de saúde^{28,32,33}.

Durante períodos mais sintomáticos de portadores de transtornos mentais, a participação dos pacientes é desafiadora, por alterações da percepção, interpretação do mundo, dificuldades de comunicação e cooperação³⁵. Nesses momentos, usuários de serviços de saúde mental e profissionais assinalaram que os pacientes necessitam de mais cuidados e os profissionais devem assumir uma parcela maior de responsabilidade,

para benefício do paciente, em termos de melhora da saúde mental e redução de risco de danos físicos ou psicológicos^{35,37}. A participação, nesses períodos, acontece por meio da informação do paciente, simplificação de escolhas, motivação, apoio e aconselhamento visando ao empoderamento, isto é, que o paciente retome o controle com a sua recuperação^{29,35}.

Os projetos podem ser desenvolvidos com uma determinada população em mente^{24,34}, por exemplo, com uma primeira fase de coleta de dados, o que aumenta a adequação das intervenções e, consequentemente, aderência, relevância e validade do estudo para aquela comunidade^{22,25,26,34}. No entanto, é preciso ter cuidado ao aplicar os resultados obtidos em outras comunidades^{23,34}.

Além disso, há uma maior demanda de tempo, investimentos financeiros e de pessoal para criação de parcerias e relações de confiança com a comunidade, o que dificulta a execução de estudos participativos, principalmente em grande escala^{22,25,32,34}. A maioria dos estudos não possui randomização ou controles²² e muitos não realizaram análise de subgrupos das amostras. É recorrente, também, uma preocupação com um possível viés de seleção em relação à participação voluntária de membros da comunidade³⁴. Em relação a grupos focais, foi sugerido que opiniões dissidentes podem ser perdidas pela dinâmica de grupo e análise dos resultados³⁷.

Considerações finais

Observamos uma variedade de métodos, qualitativos e quantitativos, empregados até mesmo dentro de um mesmo estudo. Nosso enfoque ao relatar os resultados dos estudos selecionados foi o uso de métodos participativos, sejam eles qualitativos sejam quantitativos.

Com relação aos objetivos desta revisão sistemática, observamos diferenças no tocante ao grau de participação das populações envolvidas nos estudos. Algumas intervenções revelaram-se mais participativas: as populações participam dos processos de decisão acerca dos estudos e produzem conhecimento mais autonomamente. Outras mostraram-se menos participativas, por exemplo, as que se utilizaram de entrevistas se-

miestruturadas e grupos focais, nas quais os participantes geram conhecimento a partir da comunicação com os pesquisadores, porém tem menor poder de apropriação e gestão do conhecimento produzido. Tais métodos, no entanto, continuam sendo mais participativos do que os métodos tradicionais de pesquisa que se utilizam da dicotomia sujeito-objeto.

Quanto às populações participantes, notamos a grande valia da pesquisa participativa ao lidar com grupos marginalizados, no sentido de que o engajamento da comunidade nesses casos tem grande potencial de impacto. A literatura baseada em evidências nem sempre se adéqua, na prática, a essas comunidades, por questões singulares e próprias relacionadas ao contexto dessas populações. Métodos não participativos de pesquisa por vezes falham em garantir que a população estudada seja beneficiada pelo conhecimento produzido a partir delas.

Em relação aos resultados de pesquisas participativas em saúde mental, os estudos descrevem uma variedade de relatos positivos, não só na identificação de necessidades, planejamento e implementação de práticas que geram conhecimento, empoderam, bem como reduzem o estigma e aumentam a recuperação e qualidade de vida de populações com agravos relacionados à saúde mental.

1. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. 2014.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013.
3. Griffin, S. J., A. L. Kinmonth, M. W. Veltman, S. Gillard, J. Grant, and M. Stewart. Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(6):595-608.
4. Organista, K. C. Solving Latino psychological and health problems: Theory, practice and populations. Hoboken, NJ: Wiley; 2007.

5. Santiago-Rivera, A., Arredondo, P., & Gallardo-Cooper, M. *Counseling Latinos and la familia: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.
6. Shattell, M., Villalba, J., Stokes, N., Hamilton, D., Foster, J., Petrini, R., et al. Depression in Latinas residing in emerging Latino immigrant communities in the United States. *Hispanic Health Care International*. 2009; 7(4):190-202.
7. Stacciarini, J., Okeeffe, M., & Matthews, M. Group therapy as treatment for depressed Latino women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007; 28(5):473-488.
8. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*. 2010;100 Suppl 1:S40-6.
9. Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*. 1998; 19:173-202.
10. Gaventa, J. Participatory research in North America. *Convergence*. 1988; 24:2-31.
11. Viswanathan M, Ammerrman A, Eng E, et al. Community-based participatory research: assessing the evidence. *Evid Rep Technol Assess(Summ)*. 2004; 99:1-8.
12. Yonas MA, Jones N, Eng E, Vines AI, Aronson R, Griffith DM, et al. The art and science of integrating community-based participatory research principles and the dismantling racism process to design and submit a research application to NIH: Lessons learned. *J Urban Health*. 2006; 83(6):1004-1012
13. Burke JG, Walnoha A, Barbee G, Yonas M *CBPR Workshop Toolkit: Identifying Effective Ways to catalyts*. New York. Urban Health Conference; October 27-29, 2010; New York.
14. Kahn LS1, Pastore PA, Rodriguez EM, Tumiel-Berhalter L, Kelley M, Bartlett DP, et al. A community-academic partnership to adapt a curriculum for people with serious mental illnesses and diabetes. *Prog Community Health Partnersh*. 2012; 6(4):443-450

15. Mulvaney-Day, N., Rappaport, N., Alegria, M., & Codianne, L. Developing systems interventions in a school setting: An application of community-based participatory research for mental health. *Ethnicity and Disease*. 2006; 16(1 Suppl. 1):S107-S117.
16. Stacciarini, J. M. A review of community-based participatory research: A promising approach to address depression among Latinos? *Issues in Mental Health Nursin*. 2009; 30(12):751-757.
17. MEDLINE Fact Sheet. Disponível em www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html.
18. Hunt JB, Curran G, Kramer T, Mouden S, Ward-Jones S, Owen R, Fortney J. Partnership for implementation of evidence-based mental health practices in rural federally qualified health centers: theory and methods. *Prog Community Health Partnersh*. 2012 Fall; 6(3):389-98.
19. Blevins D, Morton B, McGovern R. Evaluating a community-based participatory research project for elderly mental healthcare in rural America. *Clinical Interventions in Aging*. 2008;3(3):535-545.
20. Stacciarini JM, Shattell MM, Coady M, Wiens B. Review: Community-based participatory research approach to address mental health in minority populations. *Community Ment Health J*. 2011; 47(5):489-97.
21. Mourad Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210 Disponível em: <http://rdcu.be/nzDM>.
22. Hergenrather KC, Geishecker S, Clark G, Rhodes SD. A pilot test of the HOPE Intervention to explore employment and mental health among African American gay men living with HIV/AIDS: results from a CBPR study. *AIDS Educ Prev*. 2013; 25(5):405-22
23. Martin RE, Murphy K, Hanson D, et al. The development of participatory health research among incarcerated women in a Canadian prison. *International Journal of Prisoner Health*. 2009; 5(2):95-107.
24. Langdon SE, Golden SL, Arnold EM, Maynor RF, Bryant A, Freeman VK, Bell RA. Lessons Learned From a Community-Based Participatory Re-

- search Mental Health Promotion Program for American Indian Youth. *Health Promot Pract*. 2016; 17(3):457-63.
25. Afifi RA, Makhoul J, EL Hajj T, Nakkash RT. Developing a logic model for youth mental health: participatory research with a refugee community in Beirut. *Health Policy Plan*. 2011; 26(6):508-17.
 26. Sangalang CC, Ngouy S, Lau AS. Using community-based participatory research to identify health issues for Cambodian American youth. *Fam Community Health*. 2015; 38(1):55-65.
 27. Watson MR, Kaltman S, Townsend TG, Goode T, Campoli M. A collaborative mental health research agenda in a community of poor and underserved Latinos. *J Health Care Poor Underserved*. 2013; 24(2):671-87.
 28. Michael YL, Farquhar SA, Wiggins N, Green MK. Findings from a community-based participatory prevention research intervention designed to increase social capital in Latino and African American communities. *J Immigr Minor Health*. 2008; 10(3):281-9
 29. Tsey K, Wilson A, Haswell-Elkins M, Whiteside M, McCalman J, Cadet-James Y, Wenitong M. Empowerment-based research methods: a 10-year approach to enhancing Indigenous social and emotional wellbeing. *Australas Psychiatry*. 2007;15 Suppl 1:S34-8.
 30. Sadavoy J, Meier R, Ong AY. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(3):192-9.
 31. Ross LE, Bauer GR, MacLeod MA, Robinson M, MacKay J, Dobinson C. Mental Health and Substance Use among Bisexual Youth and Non-Youth in Ontario, Canada. *PLoS ONE*. 2014; 9(8):e101604.
 32. Harrison A, Brandling J. Improving mental health care for older people within a general hospital in the UK. *Nurs Health Sci*. 2009; 11(3):293-300.
 33. McAndrew S, Warne T, Fallon D, Moran P. Young, gifted, and caring: a project narrative of young carers, their mental health, and getting them involved in education, research and practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2012; 21(1):12-9.

34. Hoffmann KD, Walnoha A, Sloan J, Buddadhumaruk P, Huang HH, Borrebach J, Cluss PA, Burke JG. Developing a Community-Based Tailored Exercise Program for People With Severe and Persistent Mental Illness. *Prog Community Health Partnersh.* 2015; 9(2):213-27
35. Solbjør M, RISE MB, Westerlund H, Steinsbekk A. Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *Int J Soc Psychiatry.* 2013; 59(2):107-13.
36. Iyer SP, Pancake LS, Dandino ES, Wells KB. Consumer-Involved Participatory Research to Address General Medical Health and Wellness in a Community Mental Health Setting. *Psychiatr Serv.* 2015; 66(12):1268-70.
37. Mahone IH, Farrell S, Hinton I, Johnson R, Moody D, Rifkin K, Moore K, Becker M, Barker MR; Region Ten CSB/UVA School of Nursing Partnership. Shared decision making in mental health treatment: qualitative findings from stakeholder focus groups. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011; 25(6):e27-36.

Grupo Focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde

Luiza Hiromi Tanaka^I
Carmen L A de Santana^{II}

O Grupo Focal é constituído por um grupo de pessoas reunidas por um pesquisador por compartilharem alguma característica ou interesse comum. O objetivo do pesquisador é que os participantes interajam como um grupo, dividindo suas visões sobre determinado assunto, trocando experiências e fazendo sugestões. Diferentes níveis de atuação podem ser alcançados no âmbito da pesquisa participativa, e a inserção e papel dos Grupos Focais serão diferentes em função dos resultados esperados a partir do desenho da pesquisa.

Neste capítulo apresentaremos a técnica de Grupo Focal como ferramenta de pesquisa participativa indicada para estudos de representações em um dado grupo social, considerando que simula conversações espontâneas ondeem que as representações do cotidiano são vinculadas. O recurso auxilia a compreender melhor os papéis de cada participante do grupo e suas funcionalidades. Adicionalmente discutiremos o potencial transformador da implementação de grupos focais, que pode ir além da coleta de dados para pesquisa, resultando em genuína mudança social. Daremos especial ênfase à necessidade de rigor na aplicação da metodologia para que, de fato, o grupo focal possa ser um

I Luiza Hiromi Tanaka (luiza.hiromi1@gmail.com). Pós-doutorado em Ciências. Professor orientador do Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - EPE-UNIFESP

II Carmen L A de Santana (carmen.santana@uol.com.br). Doutorado em Ciências. Professora afiliada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - EPE-UNIFESP.

instrumento de participação, e uma estratégia para construção coletiva de respostas a problemas coletivos.

O texto está estruturado da seguinte maneira:

1. O que é um Grupo Focal?
2. Princípios e práticas para estruturar um grupo focal em pesquisa participativa.
3. Experiências na educação em saúde e na organização de serviços.
4. Considerações finais.

1. O que é o Grupo Focal?

O Grupo Focal (GF) é constituído por um conjunto de pessoas reunidas por um pesquisador para interagir a partir de um determinado tema. A interação dos participantes no grupo é parte estruturante da técnica. Identidade, significados e a experiência humana são construídos socialmente; ou seja, envolvem o relacionamento entre os seres humanos. Sendo assim, a pesquisa realizada a partir da interação entre os participantes de um grupo nos permite conhecer aspectos significativos da realidade deste grupo.

Os grupos focais foram utilizados inicialmente na década de 1940 para compreender as reações das pessoas às propagandas e transmissões de rádio. Posteriormente, passaram a ser considerados como ferramenta de pesquisa no campo do marketing e desenvolvimento organizacional. Entraram no campo da educação na década de 1970, período de crescente interesse em metodologias participativas de pesquisa; e a partir da década de 1980 passaram a ser utilizados na área da saúde. Hoje os grupos focais são uma abordagem cada vez mais popular na coleta de dados em saúde e educação, utilizados isoladamente ou em conjunto com outra técnica, como observação participante ou entrevistas individuais¹.

O GF pode ser utilizado para explorar e explicar fenômenos sociais, para avaliar as necessidades de um determinado grupo social, para avaliação de programas, em fases exploratórias da pesquisa-ação, para desenhar e validar questionários e ainda para construir coletivamente deter-

minadas necessidades dos representantes que compõem o grupo. Como técnica de coleta de dados de pesquisa, o GF pode estar inserido nas pesquisas participativas, pesquisa de métodos mistos, pesquisa-ação ou pesquisa de estudo de caso^{1,2,3}. Fora do contexto acadêmico, pode ainda ser utilizado como uma ferramenta de construção de uma rede.

Além disso, em função da capacidade de promover a troca de ideias por meio da interação entre os participantes, o GF tem o potencial de construir novas ideias e propor novas soluções para os problemas coletivos identificados pelo grupo de participantes.

2. Princípios e práticas para estruturar um grupo focal em pesquisa participativa:

Um Grupo Focal (GF) é constituído por um moderador, por um observador e por um conjunto de participantes (sujeitos) da pesquisa. A escolha dos participantes, do mediador e do local de realização do GF deve ser feita em razão da pergunta de pesquisa.

O mediador de um Grupo Focal é a pessoa que coordenará as discussões. Seu objetivo é estimular a conversa entre os participantes do grupo, sobre o tema da pesquisa (que também é assunto de interesse do grupo). É importante evitar que a dinâmica do grupo seja estruturada apenas em perguntas feitas pelo mediador e nas consecutivas respostas de cada participante. O mediador nem sempre deve ser o investigador principal da pesquisa.

A função do mediador é facilitar a discussão no grupo, por isso também pode ser chamado facilitador. Durante as trocas de experiências e ideias ocorridas no Grupo Focal, o moderador deve estar atento não apenas a “o quê” os participantes dizem, mas também aos seus pensamentos e sentimentos através dos quais os significados serão construídos. Sendo assim, um resultado importante dos grupos focais é o registro da compreensão e explicação dos significados, crenças e culturas que influenciam as atitudes, comportamentos e sentimentos dos participantes¹.

O dimensionamento do número de GF depende da dimensão das informações necessárias para a construção dos dados que irão responder

às perguntas da pesquisa. A ideia de saturação responde à questão sobre quantos grupos focais serão necessários para responder à pergunta de pesquisa. Dizemos que alcançamos a saturação quando nenhuma nova ideia sobre o problema estudado emergiu dos vários grupos focais realizados.

Onde se faz?

Os grupos focais devem ser realizados no local mais confortável possível, de fácil acesso aos participantes. Um ambiente acolhedor, de preferência silencioso, com luminosidade e temperatura agradáveis, é elemento importante para o sucesso do GF. O espaço deve permitir que os participantes sejam distribuídos em forma de círculo, para que seja possível a melhor interação entre eles. À medida que os participantes se comunicam e interagem com o tema proposto, o investigador passa a conhecer a experiência e a visão do grupo sobre o assunto estudado.

Período de tempo para cada encontro

O tempo preconizado é de no mínimo 1h e no máximo de 2h para que seja possível fazer discussões mais aprofundadas e ampliadas, e não somente emissão de opiniões, o que caracterizaria a entrevista grupal.

Amostragem

A composição dos participantes de um grupo focal deve ser feita de acordo com a pergunta da pesquisa. Não existe um consenso sobre o número ideal de participantes de um grupo focal. Na prática, observamos que a conversa não flui com tanta facilidade em grupos muito pequenos (com menos de quatro participantes). Por outro lado, em grupos muito grandes é difícil que todos possam dar sua contribuição, um clima de confiança mútua entre os participantes é mais difícil e a abordagem ao tema tende a ser mais superficial. Sendo assim, recomendamos que o grupo tenha de 6 a 15 pessoas.

Quanto à variabilidade dos sujeitos, é importante que representem distintos segmentos do grupo ou dos grupos estudados; mas sem apre-

sentar diferenças significativas nas relações de poder entre os participantes de cada grupo. Este cuidado deve ser tomado para que alguns sujeitos não se sintam inibidos ou censurados na presença daqueles que exercem algum tipo de poder sobre eles nas relações sociais fora do GF. Por exemplo, ao desenharmos um estudo sobre organização de serviços em rede, é possível que os gestores possam compor um grupo distinto dos técnicos e agentes comunitários de saúde, considerando que os últimos poderiam não colocar livremente sua opinião com receio de represálias. Em outra situação, na pesquisa que realizamos com refugiados em São Paulo, os grupos focais tinham representantes de diversas nacionalidades, mas foram separados nos grupos focais por gênero, considerando que em algumas culturas as mulheres não se sentem à vontade para expressar opiniões sobre determinados assuntos na presença dos homens.

Convite aos participantes

Os participantes devem ser selecionados a partir de um determinado grupo relacionado ao tema de pesquisa e, posteriormente, convidados a participar dos encontros de Grupo Focal. Os convites devem ser enviados aos participantes cuidadosamente selecionados no planejamento da pesquisa. O pesquisador também pode mencionar a necessidade de assinatura do termo de consentimento informado na ocasião do convite.

A realização dos Grupos Focais

No primeiro encontro podem ser realizadas dinâmicas de grupo para os participantes se apresentarem, para “quebrar o gelo”. Também é possível utilizar outras técnicas de coleta de dados qualitativas como disparadoras do tema a ser discutido no GF, como por exemplo: mapa falante, painel integrado, café mundial, dependendo da população de participantes.

Todos os grupos devem ser gravados e transcritos literalmente. As transcrições devem ser realizadas, sempre que possível, pelo moderador ou pelo observador. O ideal é que os grupos sejam transcritos à medida que são realizados.

Embora seja uma potente estratégia de transformação social ao mesmo tempo em que permite a produção de dados qualitativos na pesquisa pela comunidade, o grupo focal apresenta algumas desvantagens em relação a outras técnicas de coleta de dados qualitativos para a pesquisa acadêmica.

No quadro 01, com finalidade didática, apresentamos em síntese as vantagens e as desvantagens de um grupo focal.

Quadro 1. Vantagens e Desvantagens do Grupo Focal

Vantagens
Diferente das entrevistas individuais, onde o foco é a subjetividade, o GF nos permite explorar significados e experiências compartilhados pelo grupo de maneira direta e imediata; sendo assim é útil para ajudar os pesquisadores a obter informações sobre a compreensão da vida cotidiana compartilhada pelas participantes.
Permite identificar as diferentes formas de comunicação que as pessoas usam em suas interações do dia-a-dia, como ditados populares, piadas, brincadeiras, provocações e discussões. Estes elementos carregam pontos reveladores acerca da representação que os participantes têm sobre o assunto tratado.
Algumas histórias e experiências dificilmente seriam recordadas e relatadas em entrevistas individuais.
Os Grupos Focais permitem explicitar uma multiplicidade de visões de mundo e experiências emocionais em contextos grupais.
As informações são obtidas de maneira mais rápida e com menor custo que em entrevistas individuais.
Proporciona interação direta com a observação das respostas verbais e não-verbais.
Desvantagens
A organização do GF é mais difícil que as entrevistas individuais. As entrevistas podem ser realizadas no próprio local escolhido pelo entrevistado, mas o GF exige um espaço maior e, muitas vezes, mais tempo e recurso financeiro para deslocamento dos participantes.
A transcrição é mais difícil que para entrevistas individuais, e em geral exige que o material seja transcrito pelo próprio pesquisador.
Muitas vezes alguns participantes não conseguem emitir suas opiniões nos grupos, em função da predominância de alguns indivíduos.

Durante as entrevistas individuais é mais fácil a manutenção do foco, nos grupos focais os indivíduos tendem a dispersar e o mediador muitas vezes precisa trazer o grupo para o tema explorado.

Os Grupos Focais podem gerar um volume imenso de dados (centenas ou milhares de páginas) e exigem um tempo maior para organizar, interpretar e analisar os resultados que as entrevistas individuais ou registros em diários de campo.

3. Experiências na educação em saúde e na organização de serviços

A finalidade das exposições abaixo é apresentar o Grupo Focal da maneira mais prática possível, para que o leitor consiga apreender as nuances que envolvem a técnica do grupo focal e o seu processo de condução, genuinamente vivenciado pelas autoras. Expressando as suas percepções, sentimentos e reflexões, sempre pautadas na situação da realidade, de forma concisa e didática, no intuito de servir como referência para aplicação. A primeira experiência (descrita no item 3.1) refere-se ao GF aplicado no contexto da educação em ensino superior, experiência da autora Luiza Hiromi Tanaka. A segunda narrativa (descrita no item 3.2) trata de sua aplicação na organização de um serviço de saúde mental, pela autora Carmen L A. Santana.

1.1 Processo de trabalho do enfermeiro como foco da formação do graduando em enfermagem: visão dos professores de um Curso de Graduação em Enfermagem

Essa pesquisa teve como questionamento: Qual é a compreensão da essência que permeia a profissão do enfermeiro no que tange aos processos de trabalho na formação do graduando de enfermagem mais focados na perspectiva dos docentes? A estratégia metodológica utilizada foi a pesquisa-ação.

No que dizia respeito à formação do graduando, verifiquei que o cuidado de enfermagem era o processo de trabalho mais importante entre os docentes e discentes da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

Mas as discussões em reuniões formais não aprofundavam o significado desse cuidar na prática profissional, base para a formação do enfermeiro.

Durante as discussões do GF, surgiram propostas de trabalho dos sujeitos para serem apresentadas à coordenação da Comissão de Estudos de Currículo de Enfermagem (CECE), a fim de subsidiar a elaboração do Projeto Político Curricular (PPC) e promover espaços de discussão na Escola de Enfermagem a fim de explorar temas comuns que afetam a todos os professores na formação do enfermeiro.

Seu ponto mais gratificante foi a realização do GF, que considerei meu grande aprendizado, com a observadora e os participantes, professores da Escola de Enfermagem. Foram muitos *saberes* e aprendizagens, ou melhor, muitas competências individuais que enriqueceram as discussões em grupo.

Não tenho dúvidas do quanto essa técnica contribuiu na direção da intersubjetividade e da interdisciplinaridade, porque as principais ferramentas foram: a inter-relação e a comunicação.

Foi interessante verificar que esses *saberes* não foram discutidos à luz das especialidades ou das especificidades, mas sob uma visão que trazia a compreensão da essência de ser enfermeiro como profissional e profissão, ser graduando e ser educador na UNIFESP.

Durante as discussões do GF, surgiram propostas de trabalho dos sujeitos para serem apresentadas à coordenação da CECE, a fim de subsidiar a elaboração do PPC e promover espaços de discussão na Escola a fim de explorar temas comuns que afetam a todos os professores na formação do enfermeiro.

O convite e o número de participantes:

Antes de enviar o convite formal, devemos verificar qual é a nossa intenção enquanto formação do grupo focal. Nesse caso havia uma intenção de que todas as disciplinas fossem representadas e na possibilidade de proporcionalidade ao número total de professores das disciplinas, ou seja, a disciplina que tivesse mais professores teria mais representantes no GF. Porém, se houvesse ausência de professores de certas disciplinas, não poderíamos pressionar e essa situação serviria de análise com rela-

ção à falta de manifestação. E outra intenção é com relação à representatividade desse participante no grupo. Professores mais questionadores, outros mais reflexivos, mais observadores, mais entusiasmados e os menos entusiastas, enfim, essa variação era importante para o sucesso da discussão.

O contato inicial para convidá-los a participar do GF foi por meio do correio eletrônico enviado a cada um que fazia parte do quadro de pessoal da Escola de Enfermagem, que atuava com os graduandos na teoria e nos estágios e que tivesse mais de cinco anos de atuação no Curso de Graduação em Enfermagem daquela Instituição.

Na mensagem, foi explicada a respeito dos objetivos do estudo, a técnica de coleta a ser utilizada e o anonimato, assim como a permissão para gravar as falas do grupo. Solicitei o melhor dia da semana e o horário para os encontros, mas coloquei uma proposta com a data de início. É importante registrar no convite a importância da sua participação no GF, no sentido de compartilhar conhecimentos, saberes, para a tomada de consciência, ou de decisões coletivas.

À medida que as respostas iam chegando com a confirmação da participação, registravam-se o melhor horário e o dia da semana até formar um grupo de 15 professores e após esta formação, encerrei a chamada. Apesar de algumas recomendações da literatura ser de 6 a 12 participantes em um grupo focal, pela minha experiência, até 15 participantes para duas horas de sessão, não houve prejuízos. Em certa ocasião experimentei com 21 participantes e não foi produtivo porque nem todos tiveram condições de falar, nesse caso é melhor dividir em dois grupos focais.

Os sujeitos foram da Disciplina de Enfermagem Pediátrica (4); Enfermagem Obstétrica (1); Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica (5); Administração Aplicada à Enfermagem (1); Enfermagem em Saúde Pública (4). Dentre os participantes, cinco vivenciaram as condições de serem coordenadores das Disciplinas ou de Séries que foi importante para compor o GF.

Obtive mais doze respostas, confirmando a participação, mas por razões de dia da semana ou horário não puderam participar. Três delas eram a Coordenadora do currículo de enfermagem, a Coordenadora e a Vice-coordenadora acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem.

Nesse caso, poderia ter realizado dois grupos focais com os professores. Quanto mais encontros e mais participantes, melhores resultados.

Número de encontros

Para determinar o número de encontros necessários, é importante retomar o universo temático da pesquisa e gerar considerações específicas.

Por exemplo, foi verificada a necessidade de discutir os processos de trabalho do enfermeiro – assistir, educar, gerenciar e pesquisar. Foi calculado quatro encontros, um para cada processo de trabalho, porém, no primeiro encontro seria prudente iniciar com um aquecimento sobre a temática da formação do enfermeiro no contexto do processo de trabalho e, para finalizar, criar condições para reflexões ampliadas e aprofundadas, sendo estimado pelo menos, cinco encontros.

Faz-se um planejamento para cada encontro, demonstrado com exemplos abaixo:

1º encontro:

- 12h10 Entregar o termo de consentimento para participar da pesquisa para cada elemento e do contrato de grupo.
- 12h15 Fazer contrato de grupo e explicar o desenvolvimento do trabalho do grupo.
- 12h30 Apresentar aos participantes: nome, escolha do pseudônimo, tempo de trabalho na Instituição, tempo de atividade de ensino, Disciplina a que pertence.
Colocar uma placa de identificação na frente de cada professor para facilitar o trabalho do observador.
- 12h45 Fazer a exposição dos objetivos da pesquisa;
- 13h Discutir sobre o processo de trabalho do enfermeiro;
- 13h45 Expor a temática de forma breve (o que é processo de trabalho e seus elementos);
- 13h50 Alertar para o fechamento da temática

13h55 Fechar com o resultado do encontro sobre o significado do processo de trabalho do enfermeiro para o grupo e avaliação brevíssima de como foi o encontro.

2º encontro:

12h10 Fazer a devolutiva do encontro anterior e validar com o grupo;

12h15 Fazer a exposição da identificação dos processos de trabalho e competências do aluno realizadas por meio do Projeto Político Pedagógico;

12h30 Discutir sobre a identificação dos processos de trabalho do enfermeiro na formação profissional e das competências do aluno e sobre o processo de trabalho: cuidar;

13h50 Alertar para o fechamento da temática;

13h55 Fechar com o resultado do encontro e avaliação brevíssima de como foi o encontro.

Conforme o desenvolvimento do grupo focal, os próprios participantes vão determinando a necessidade de alterar o planejamento do número de encontros e ainda, das temáticas a serem discutidas.

Dependendo do objetivo dos grupos, um único encontro não caracteriza grupo focal porque não possibilita genuína interação entre os participantes, salvo quando os participantes tratam de uma problemática comum a todos e estão empenhados em se ajudar coletivamente. Como o caso dos refugiados e moradores em situação de rua, exemplos citados anteriormente.

Período de tempo para cada encontro

O tempo preconizado é de no mínimo 1h e no máximo de 2h. Nesse caso, o tempo destinado foi de 2 horas, das 12 às 14h. Quando se excede o tempo limite preconizado, pode ocorrer fadiga entre os participantes ou considerações excessivas sobre o tema.

Pelas nossas experiências, o intervalo máximo entre os encontros deve ser de uma semana e mínimo de 3 dias, a fim dos participantes poderem ter tempo para “absorverem” e elaborarem as discussões.

Antes de iniciar os encontros, comuniquei aos participantes que ofereceria um lanche durante o período da sessão, porque seria durante o horário do almoço.

Para o início de todos os Grupos Focais após o primeiro, considerei o período de aquecimento que se caracterizou pelas “devolutivas” ou sínteses dos encontros anteriores, proporcionando atingir bons níveis de interação e reflexão no debate. Preservei um espaço para o encerramento da sessão entre 5 a 10 minutos, antes do término do tempo determinado.

Local dos encontros

O Grupo reuniu-se na sala da Escola de Enfermagem que consideramos adequada por ser pequena, possibilitando o acolhimento; as cadeiras não eram fixas, assim, trabalhamos em círculo e, ainda, o áudio não seria prejudicado. As reuniões ocorreram nas segundas-feiras, exceto uma quarta-feira, em razão das atividades científicas da Escola, que envolviam todos os professores.

Neste estudo, a própria pesquisadora coordenou o grupo, que anteriormente se capacitou participando de disciplinas sobre grupo operativo e grupos vivenciais que deu melhor preparo para trabalhar como coordenador de grupo focal.

O papel do moderador e do observador:

O papel do coordenador é significativo e relevante para o bom funcionamento do grupo em que implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo. Como mencionamos anteriormente, coordenador ou moderador é considerado um facilitador do debate. Deve delinear peculiaridades em seu contrato de grupo, no que diz respeito às questões éticas e estimular a participação de todos, de forma que as sugestões aflorem do próprio grupo.

O contrato grupal deve ser realizado no primeiro dia como:

- Determinação do horário de início da sessão. Por exemplo: espera de 10 minutos e impreterivelmente iniciar independentemente do número de pessoas que ali se encontravam.
- Comunicação de atrasos. Solicitar que avisem com antecedência, se possível, pois além de interromper o andamento das discussões, pode interferir nas questões que já tinham sido expostas. Caso alguém se atrase e queira entrar, deve ser acolhido e depois conversar particularmente para verificar a situação e ajudar.
- Ausências. Solicitar que avisem com antecedência. Dependendo, em caso de pesquisa, as falas podem ou não ser consideradas se o participante tiver mais de 50% de ausência do GF, pois a falta de continuidade das reflexões coletivas pode interferir nos resultados, assim como o comprometimento e a relação com o grupo.
- Saídas antecipadas. Solicitar que avisem com antecedência. Avisar o grupo logo no início da sessão que a pessoa sairá mais cedo, evitando constrangimento do participante e evitará estranhamento por parte do grupo.

O moderador deve se preparar para acolher os participantes que falam demasiadamente e àqueles que não se manifestam, estimulando-os; escutar as falas sem julgamentos de valor; após conjunto de falas, fazer questionamentos que promovam reflexões, evitando concordância e discordância, nas manifestadas pelas falas e ter capacidade de realizar *links* da fala após fala; estar atento para não distanciar do objetivo do encontro e com gentileza, fazer a reaproximação. O moderador deve estar aberto e sereno para escutar, falar e agir.

A observadora foi uma psicóloga organizacional. Embora as ações do observador não sejam tão visíveis, são de suma importância para o sucesso da técnica de grupos focais. Demanda atenção constante e habilidades de análise e síntese, registrando o acontecer grupal no todo e em suas significativas peculiaridades, como o clima do grupo, as atitudes, os comportamentos, as ações e reações ou a neutralidade, onde a leitura da comunicação não verbal se faz presente. Em sintonia com o coordenador, o observador auxilia a condução da sessão, no sentido de intervir para obter esclarecimentos quando percebe que não houve o devido encami-

nhamento, no controle do tempo e monitoramento do equipamento de gravação.

No primeiro encontro, o áudio ficou um pouco prejudicado em razão da estratégia de colocar os dois gravadores no centro do círculo e não os direcionar ao participante. Por isso, algumas vozes foram mais audíveis do que outras. A observadora fez as anotações das falas, ressaltando os pontos essenciais. Os participantes complementaram as falas durante o processo da devolutiva, sem alterar o significado da essência. Nas sessões consecutivas, o gravador foi direcionado a cada participante na medida do possível. Assim, houve certa disciplina para escutar o outro para depois discursar.

Após cada encontro do GF, nós, o moderador e a observadora, reunimo-nos na mesma semana para discutir e fazer os relatórios das devolutivas para o encontro seguinte. Depois, a pesquisadora escutava as gravações e transcrevia os pontos mais significativos da temática discutida, para completar o relatório, que devolvia em forma de diagrama para facilitar a leitura, a visualização e, por ser mais dinâmica, tornando-se rápida e prática.

Tanto as impressões do moderador como as da observadora foram descritas na análise dos encontros do GF. O moderador deve apresentar ao grupo explicando do seu papel e pode fazer uma síntese das observações no final de cada sessão, caso o grupo achar necessário.

Exemplos:

Registros das impressões de moderador

No início, percebi quando as professoras foram chegando aos poucos, um certo ar de seriedade e de formalidade, apesar de demonstrarem muita simpatia. Mas, como eu as conhecia individualmente, confesso que estranhei um pouco esse comportamento. Era a primeira vez que nos reuníamos para uma atividade, em um grupo como esse, praticamente, desconhecida por elas.

Tentei mostrar tranquilidade, mas estava bastante tensa, porque tinha diante de mim, um grupo seleta, com conhecimentos acumulados na docência e como enfermeira. Vi o peso de minha responsabilidade em

me expor, embora estivesse entre amigas e colegas de trabalho de 13 anos. Apesar de me preparar, era a primeira vez que aplicava a técnica de GF.

Acredito que a demonstração de formalidade, também, foi em razão da presença da observadora, desconhecida de todas, que não era de nossa área e ainda iria fazer as observações do grupo.

Ao começar a exposição, todas estavam concentradas e atentas, quando fiz o questionamento para iniciar a discussão, as respostas foram mais técnicas e conceituais, com opiniões superficiais. Havia uma timidez, certo cuidado em verbalizar ou fazer abordagens, talvez, para evitar confrontos.

À medida que os sujeitos foram se expondo mais, as discussões foram se aprofundando, com conteúdos mais densos e o grupo tornou-se mais confiante.

Penso que as professoras, na maioria das vezes, são pesquisadoras, atuam em um papel mais dominante e, outras vezes, já fizeram o papel de sujeito, porém, submetendo-se a uma técnica ou um instrumento na perspectiva mais individualizada, respondendo questionários, formulários ou entrevistas, como sujeitos da pesquisa. Mas em uma técnica grupal, a exposição é maior, até para mostrar conhecimento, o pensamento, a elaboração da fala. Enfim, sofrem mais julgamento ou análise do outro ou de sua própria.

Quanto ao desenvolvimento da temática sobre o significado do processo de trabalho, especialmente, do enfermeiro, percebi que poucos tinham conhecimento dos princípios, conceitos e de sua importância em nosso cotidiano. Outros pareciam conhecer pouco o assunto, como ocorreu comigo, quando iniciei este estudo. Entretanto, foram adentrando nas discussões, conforme as outras se posicionavam e foram ganhando mais confiança para verbalizar.

Quanto a meus sentimentos, como pesquisadora e coordenadora do GF foram: como será que estou me saindo? Será que elas estão me entendendo? Será que estou sendo confusa na minha exposição? Será que elas estão sem graça de me falar? O que será que elas estão pensando? E se meu conhecimento sobre a temática não der conta? O meu grau de criticidade era muito alto.

Mesmo com todo o apoio, fiquei tensa o tempo todo, para não perder o foco, a sequência e não me colocar como pesquisador. Confesso que ficava refletindo no que os participantes falavam e, algumas vezes, percebia que meu grau de envolvimento era tão grande e perdia parte das falas de outros.

Logo após o encontro, fui conversando com a observadora sobre as falas dos sujeitos, mas percebi nossa ansiedade para fazer uma autoavaliação sobre nosso papel como coordenador e observador.

Assim, marcamos uma reunião com outra psicóloga da Instituição, com muita vivência em grupos focais e comentamos o que havia ocorrido no primeiro encontro, solicitamos uma análise de nossas condutas e sugestões para melhorar as abordagens com o GF.

Foi interessante verificar que logo nas discussões do primeiro encontro, a observadora evidenciou duas características do GF: ficou surpresa com a enorme bagagem de conhecimentos que os professores carregavam, mas, ao mesmo tempo, compartilhávamos muito pouco, como grupo a respeito de nossas problemáticas, no que se refere à formação do enfermeiro.

Depoimentos do observador

A discussão foi muito bem aceita pelo grupo, aparentemente, este tipo de discussão não é frequente, e todos percebem a importância de passar uma mesma mensagem na formação, pois quanto mais coesa a formação mais segurança o estudante vai ter para enfrentar o dia-a-dia, seja em que instituição for. Durante todo o tempo houve questionamento a respeito do significado das palavras.

O grupo está muito disposto para participar da discussão. Existe um vínculo interessante, um afeto e uma confiança pela moderadora, que é claramente perceptível.

Foi interessante perceber o que aconteceu nestas duas horas de encontro, não ficou só nisso, ou seja, alguns participantes citaram ter refletido – no que foi falado – durante a semana.

Interessante, também, foi observar como o sentido que é atribuído a algumas palavras, faz com que sejam usadas em contexto diferente,

dando a impressão de serem tão importantes num momento e, em seguida, perdem esta importância.

Dois participantes não falaram e um estava ao meu lado observando a minha anotação, porém mostravam-se interessados na escuta das falas dos participantes. Percebi o moderador bastante acolhedor e atento com as falas dos participantes.

Exemplo do desenvolvimento da sessão:

O 1º encontro

Objetivo: compreender o processo de trabalho do enfermeiro no contexto da formação profissional na visão dos sujeitos do GF.

Iniciei a reunião às 12h10 com dez participantes e logo após chegaram mais quatro, houve uma falta, mas já havia recebido o aviso.

Agradei por aceitar o convite, apresentei a observadora e informei sobre as suas atribuições. Li o roteiro da dinâmica da reunião e reforcei os objetivos do estudo, que os participantes já tinham conhecimento a partir do momento que confirmaram a participação. Quanto aos resultados do estudo, informei que estes seriam encaminhados à Coordenadora da CECE, a fim de contribuir para o PPC do Curso de Enfermagem da UNIFESP.

Expliquei o significado do GF e o objetivo do contrato, a tolerância do horário de início e o comprometimento de minha parte para o término ser exatamente às 14 h, chamaria atenção 10 minutos antes para ir finalizando as discussões e 5 minutos antes, para eu poder concluir e ressaltar os pontos discutidos.

Solicitei que todos lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinassem se houvesse concordância em participar.

Para facilitar a identificação dos participantes pela observadora, distribuí “placas” confeccionadas com papel A4 que os participantes escreveram seus respectivos nomes para melhor visualização, sobretudo para o observador que não conhecia os participantes. Os participantes sortearam seus nomes fictícios, que representavam os nomes de árvores. O recurso de atribuição de nomes fictícios é uma estratégia para manter o

anonimato no momento da transcrição. Muitas vezes, a escolha de nomes fictícios pode ser pactuada no grupo no encontro inicial, servindo como “dinâmica quebra-gelo”. Neste caso, como todos os participantes já se conheciam, fizemos uma apresentação à observadora, dizendo o nome, a Disciplina de atuação, o tempo de docência e de formação, como enfermeira.

Expliquei que cada reunião seria iniciada com uma devolutiva do encontro anterior e, no último encontro, faria a devolutiva do diagnóstico sobre o processo de trabalho do enfermeiro na formação do graduando de nossa Universidade com base no PPC com a finalidade de verificar as congruências e incongruências entre os discursos do grupo e os objetivos de nosso Curso.

Na última reunião, esclareci que a observadora faria o relatório final e a exposição para o grupo e o tema a ser discutido no primeiro encontro do GF seria o significado de processo de trabalho e processo de trabalho do enfermeiro na formação do graduando.

Assim, apresentei o referencial conceitual de Karl Marx sobre processo de trabalho e os elementos que o compõe. Em seguida, iniciei a discussão perguntando o que representa para cada uma de vocês o processo de trabalho na formação do enfermeiro?

Destacamos a sequência das falas dos participantes para mostrar como o moderador pode fazer os *links* e verificar o diferença das interações dos participantes com relação a temática e a interação entre os participantes a medida que os encontros avançam. De mais técnica e conceitual para o vivencial e visceral. Por isso, um único encontro pode ser arriscado, para proporcionar tomadas de consciência e de decisões coletivas.

Figueira iniciou a discussão relatando que utilizou o referencial de Mayeroff na tese de doutorado e, por ele, fica claro que o processo de trabalho é o cuidar, o administrar, o ensinar e o pesquisar.

Os sujeitos manifestaram concordância que o processo de trabalho do enfermeiro compõe o somatório de todos esses processos e que não existe dicotomia entre eles. Mas Salgueiro destacou que *o enfermeiro tem uma tendência mais para um lado do que outro, embora se revista de todos esses referenciais*.

Em seguida, Amoreira decifrou os elementos do processo de trabalho do enfermeiro, destacando que *faz parte desse processo a busca da manutenção ou recuperação da saúde*. Questionei se isso era processo de trabalho ou o resultado, respondeu que era *resultado do processo e, que o enfermeiro utiliza como ferramentas para isso, a assistência, a pesquisa, o ensino e a administração*.

Para Cipreste, a manutenção ou a recuperação seria o objetivo do processo de trabalho e refletiu: *a partir do momento que a gente ensina, assiste o outro, ele investiga, você está promovendo* e concluiu que a promoção, a proteção, a reabilitação e a recuperação da saúde são os objetivos do processo de trabalho do enfermeiro, sendo compartilhado por Mangueira e Quaresmeira.

Acácia concordou que isso seria a finalidade do processo de trabalho do enfermeiro, mas, que o produto final *deve ser o indivíduo recuperado para a sociedade*.

Mangueira questionou: *de que processo de trabalho estamos falando? Se realmente é o trabalho, porque todos esses componentes fazem parte do trabalho do enfermeiro*; entretanto, houve dúvidas com relação ao significado do processo saúde-doença e a busca de nosso objeto de trabalho e disse: *eu fico em dúvida com esta resposta que você está buscando, se tem a ver com aquilo que realmente é o objeto de trabalho, que é o processo pelo qual o enfermeiro precisa ter formado, o cuidar, o assistir. Ele deve saber administrar, ele deve saber cuidar, ele precisa conhecer várias coisas. Para mim, o processo de trabalho do enfermeiro, realmente, é o cuidado individual, familiar e comunidade*.

Quaresmeira e Oliveira concordaram que o objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidar/cuidado ao ser humano e enfatizaram que você precisa formar o aluno para cuidar e que a pesquisa, a administração e o ensino giram em torno disso.

A seguir, questionei se o processo de trabalho do enfermeiro depende da demanda externa. Amoreira respondeu que não resulta só disso, é um tripé: o profissional, a Instituição e o sujeito (indivíduo, ser humano).

Carvalho refletiu que o objeto de trabalho é o ser humano, o processo saúde-doença, a família e a comunidade.

Quaresmeira refletiu em relação ao quê estamos ensinando e o quê o mercado está fazendo com nossos estudantes.

Figueira nomeou a condição externa de ensino paralelo e questionou se ensinamos o processo de trabalho, já que aquilo que ensinamos parece não atender à demanda ou estamos dando poucos subsídios para instrumentalizar o graduando a dar conta, não só do mercado, mas o que o mobilizou a ser enfermeiro.

Nesse sentido, Salgueiro destacou a transformação do estudante na graduação, na dimensão do ser enfermeiro, retratado nesta fala: *eu adoro o aluno de começo de curso, porque é puro coração e eu consigo enxergar que até o quarto ano a gente transforma esse indivíduo num jeito... muito mais material, mais frio, mais duro...*

O grupo refletiu e fez alusão aos que sentiam essa transformação e, de uma certa forma, o graduando vai se distanciando do cuidado ao paciente/cliente.

Manifestei-me perguntando como esse transformar é trabalhado na graduação? Salgueiro respondeu que *talvez nós não estejamos conseguindo passar nosso melhor de uma forma coletiva, mas, individualizada, tudo misturado* e, portanto, faz com que o estudante pouco se sensibilize.

Manacá destacou um livro do Gianotti que chama “A Universidade em ritmo de Bábrie” e disse: *que na Universidade nós recebemos flores no primeiro ano e depois de quatro anos devolvemos à sociedade apenas espinhos. Entendo que o estudante absorve um pouco de cada uma de nós. Ele é o somatório de todas nós! O nosso somatório não faz apenas estrago dentro do processo – também, gera coisa.*

Cajueiro disse, embora acredite que o cuidar é nosso processo de trabalho e, ao passar isso aos estudantes, chamou a atenção de duas graduandas, uma do segundo e a outra que acabou de se formar, que elas não querem cuidar, mas ensinar, porque o cuidar não faz parte delas.

Sob o aspecto da essência de nossa profissão, Quaresmeira questionou *se nós somos uma profissão que lida diretamente com o paciente, que precisa saber cuidar. Agora, o aluno que quer ensinar na enfermagem, vai ensinar o quê?*

Cedro disse, que antes de definir, o que é o processo de trabalho profissional, seria preciso construir uma pessoa humana para depois nos

dar a possibilidade de cuidar, de administrar, de ensinar e investigar. A partir do pressuposto de que são pessoas.

Carvalho manifestou dizendo: *o processo de trabalho do enfermeiro está muito confuso. Rodeamos e não definimos.*

Esclareci a respeito do processo de trabalho em enfermagem e do enfermeiro, conforme os referenciais e, em seguida, citei que, além de outros profissionais da área da saúde, existe o trabalho dos auxiliares e dos técnicos de enfermagem. E questionei: o que os diferenciavam do enfermeiro?

Houve uma longa e rica discussão com base na reflexão trazida por Manacá sobre a dificuldade de diferenciar o processo de trabalho dos outros profissionais da saúde e do enfermeiro.

Em seguida, questiono qual seria a especificidade do enfermeiro?

Houve uma discussão entre Quaresmeira que diferenciou a ação médica de cura e a do enfermeiro de cuidado, e Manacá contrapôs que a ação do enfermeiro, também, seja de cura e que o médico, também, cuida. Nisso, Cedro questionou que existem muitos enfermeiros que não cuidam e Mangueira refletiu que o enfermeiro cuida e que não há a cura sem cuidar. Destacou ainda que o médico pode cuidar, mas não é o foco e, sim, mudar o estado que está gerando a doença. Cipreste citou que o processo de trabalho do enfermeiro é o cuidado no aspecto da integralidade e do multiprofissionalismo, *nós participamos do cuidado do sujeito que é integral, atenção integral com vários profissionais.*

Cipreste trouxe uma visão da integralidade do enfermeiro com outros profissionais de saúde porque é natural que, tanto no ensino como no campo a Saúde Coletiva trabalhe nesse foco.

Mas Cedro questionou: *como os estudantes aprendem a ver o indivíduo como um todo, se em nossa Escola há uma dicotomia entre o hospital e a saúde pública?* Percebe até certo preconceito de não dar importância à saúde pública, Manacá também observou e fala que são dicotômicos sim e existe o pré-conceito e o estudante já aprende o preconceito. Diante da problemática, Figueira referiu que fica confuso para o estudante até aprender o processo de trabalho e o cuidado nessa amplitude.

Manacá retomou a discussão sobre o cuidar e explicou que existem duas visões sobre o cuidado, uma na dimensão ontológica, ampla,

como algo inerente à natureza humana e a outra na dimensão profissional, como algo aprendido e apreendido por meio da formação acadêmica. Ressaltou que todos os profissionais de saúde cuidam, entretanto utilizam ferramentas e conhecimento específicos de sua profissão. *Desta forma, não dá para afirmar que o enfermeiro cuida e o médico cura – isso simplifica a ação de ambos.*

Questionei: o que estamos passando a nossos estudantes sobre o que é ser enfermeiro?

Salgueiro relacionou o cuidado profissional do enfermeiro e de outros profissionais, quando passou aos estudantes que cuidar é a essência, mas mostrou que existe o cuidado de outros profissionais da área da saúde que participam de alguma maneira desse cuidado

Mas o cuidado específico do enfermeiro é colocado em dúvida por Mangueira, como mostra a fala: *eu fiquei pensando em tudo que ouvi até agora e, também, tenho dificuldades de poder determinar qual é o cerne da produção. A questão do cuidar, eu acho que está tão confuso na cabeça de todo mundo, nós como professores... A alimentação, que Salgueiro estava falando, na geriatria, é a fonoaudióloga que foi lá e ensinou tudo isso, como posiciona a sonda e como administra. Aspirar é do enfermeiro? Não sei mais! Então, como a gente não sabe, o que é o nosso cuidado, então, começam a acontecer essas coisas. Quando a gente não tem definido o que é, não transformamos aquela ação como coisa nossa!*

Em sua prática com os graduandos, Salgueiro manifestou que não passou a ideia de que o processo de trabalho do enfermeiro tenha de incluir todos os outros processos além de cuidar, porque é a primeira Disciplina deles na prática de enfermagem. Disse ter tranquilidade para não aprofundar porque sabe que outras Disciplinas complementarão as orientações necessárias aos estudantes no decorrer do curso.

Ressaltou, ainda, que os outros processos de trabalho – administrar, educar e pesquisar – para dar conta deles, o graduando vai procurar desenvolver a posteriori.

A respeito disso, Manacá referiu que estimula o estudante ir à área de ensino para preparar pessoas a ocupar nossos lugares. Os participantes concordam que, no decorrer da formação, o estudante vai naturalmente

tendendo mais para um processo do que para outro. Mas a essência de ser enfermeiro é querer cuidar.

Jacarandá manifestou-se sobre a questão do mercado de trabalho que exige do enfermeiro mais administrar do que cuidar. Manacá disse que o processo de trabalho na perspectiva do mercado, espera do enfermeiro o que a universidade nem sempre acredita que ele precise ser.

Como exemplo disso, Manacá retratou sua realidade com os estudantes: *Eu enfatizo muito a necessidade do enfermeiro se colocar como um ser político, porque acredito que, como ser político, ele pode ser agente de sua própria transformação, conquistar o reconhecimento social. No entanto, o enfermeiro é um profissional que se espera a “mão” – ele precisa saber executar técnicas – o mercado e/ou usuários do seu serviço esperam dele a presteza no desenvolvimento das técnicas – não se espera que seja crítico – e a ausência do pensamento crítico pode ocasionar ações alienadas. Agora, como enfermeiro, tem uma especificidade, que hoje, acho que é a técnica. Eu acho que o cuidado de enfermagem está fundamentado na técnica.*

Em seguida, Carvalho citou uma dúvida, se o processo de trabalho do enfermeiro seria o cuidar de enfermagem, Manacá respondeu que seria o cuidado profissional, que é diferente do cuidado amplo.

Pedi para ir encerrando a reunião e fiz uma síntese do que foi discutido e as respostas surgidas nesse encontro. Combinamos discutir no próximo encontro sobre o processo de trabalho do enfermeiro cuidar e suas competências, uma vez que esse processo foi o mais enfatizado pelo GF e que a dimensão da técnica já havia emergido nessa reunião.

Agradei a participação de todos e combinamos como seria a organização dos demais encontros.

2º Encontro

Após a apresentação e validação dos pontos discutidos no encontro anterior pelos participantes do GF, foi feito um *link* para dar continuidade à discussão, fazendo os seguintes questionamentos: o administrar, o pesquisar, o educar, também, não são específicos do enfermeiro. Então, vamos mostrar uma especificidade nisso? Se ele faz parte da formação do enfermeiro que nós tanto falamos, que o enfermeiro precisa saber educar,

falar com os familiares, mas, como é que estamos ensinando fazer isso? Como é que vocês veem esses processos?

Manacá manifesta-se dizendo: *a provocação é fantástica! Porque acabei desencadeando a questão de que o cuidado não é prerrogativa do enfermeiro e, ao mesmo tempo, acabo colocando desde o primeiro dia de aula, no primeiro ano, que o enfermeiro é um educador em potencial. Então, como sujeito de pesquisa, você me pegou em contradição.*

Depois de uma longa discussão, manifestei que não percebi a mesma empolgação do cuidar de todos os participantes do GF, com o administrar, educar e pesquisar e questionei: Será que conseguiremos trabalhar com esses três processos juntos para cuidar? Como é que se apropriam e integram esses conhecimentos para formar o enfermeiro mais crítico? Pedi para darmos uma última rodada e encerrar a reunião.

Em relação a esses questionamentos, Acácia ressalta que *nós temos um currículo que dizem que é para formar um enfermeiro generalista. Então, ele não pode sair com perfil de administração, de pesquisa... Qual é o gosto dessa coisa? É assistência mesmo!* Se enfatizar um processo específico, a posteriori, o enfermeiro vai buscar por outros meios de se capacitar ou se especializar em administrar, pesquisar ou educar.

Salgueiro expôs que: *pelo senso comum, nós entendemos que o cuidado envolve todas estas etapas, mas acho essencial que a paixão seja em uma delas. Acho que o estudante não pode perceber é a falta de paixão em nenhuma área. Mas, tendo paixão na assistência, na educação, na administração, ele soma isso! Porque cada uma apaixonada por alguma coisa... até o final do curso, ele fez este somatório. E ele vai ter uma tendência para escolher suas tendências.*

Assim, Salgueiro desabafa em relação à formação generalista do enfermeiro: *nós somos muito críticas conosco mesmos. A enfermagem cobra-se demais! Eu não vejo nenhuma outra profissão com a questão do generalista. Ser generalista é quase ser um semideus! Como posso ter competência, capacidade, neurônios suficientes para saber tudo. Tanto que hoje ele está trabalhando na onco, amanhã é transferido para gastro e a partir de amanhã precisa ser competente em gastro. Então, acho que isso é uma maldade com a profissão. Acho até que os enfermeiros são extremamente*

maleáveis e flexíveis. Pois com o tempo ele corre atrás, ele vai estudar, ele vai batalhar, mas é uma cobrança muito cruel!

Manacá encerrou referindo-se ao discurso anterior, de Salgueiro: *é paixão sem negação! Então, apaixono-me pela minha área, é a área que faço e que o coração vibra, mas não nego as outras áreas. Então, a questão da integralidade é nessa perspectiva.*

Tenho tempo para dizer somente: então, gente, acabou!

5º Encontro (destaco alguns pontos):

Fiz algumas correções de minha devolutiva, conforme o pedido dos sujeitos e aproveitei para dar uma satisfação para Mangueira sobre uma dúvida do terceiro encontro, da qual fiz a correção necessária.

Expliquei que todos os sujeitos receberiam por correio eletrônico as transcrições dos discursos dos encontros na íntegra, para validação. Entretanto, o primeiro encontro ficou um pouco prejudicado em uma parte em razão de problemas de gravação e que apresentaria as anotações feitas pela observadora.

Manacá manifestou-se quando releu os objetivos do Curso de graduação, achou que estavam faltando algumas coisas ou aquilo que havia pensado ou discutido no GF.

Esta divergência foi complementada por Figueira: *algumas frases, alguns objetivos da segunda se puser na terceira ou vice-versa, tanto faz.*

Ao final dos encontros fiz um agradecimento à observadora, a todos os participantes e pedi uma rodada rápida da avaliação da participação do GF verbalmente ou por escrito. Passaram-se 10 minutos do horário estipulado e estávamos precisando encerrar a reunião para utilização da sala de aula e pelo compromisso dos participantes.

Amoreira foi a porta voz do GF e disse: *Primeiro, que o trabalho foi bem interessante, que foi capaz de agrupar várias pessoas, que vêm trabalhando de uma certa forma juntas e, ao mesmo tempo, distantes, paralelos e que esse momento aqui propiciou para que nós nos encontrássemos. Aí, estava outro dia lá, pelos nossos andares e veio à cabeça...assim, meio que, coincidentemente, de algumas pessoas...Puxa, que oportunidade a Luizinha nos deu de estarmos agrupados, de estarmos podendo discutir...Cada*

um saiu daqui um dia pensando numa coisa diferente...trazendo uma série de novos questionamentos, de mudanças. E aí, assim, foi muito estimulante. A ponto da gente chegar até entre nós mesmos a comentar: “nossa gente! Faltavam dez minutos para acabar e a Acácia entrou e falou: não vim para falar nada, mas eu quero ouvir! Eu tive de sair de uma forma abrupta na outra...da hora que eu passei à porta, mas eu fiquei muito brava, porque estava muito interessante, muito legal, muito gostoso! Aí, o grupo, de forma geral, optou para estarmos de certa forma, agradecendo a contribuição que você nos deu de poder crescer.

Verbalizei que também havia crescido muito e, hoje, sinto que mudei meu comportamento, pensamento e ação no ensino com os graduandos, graças a esse maravilhoso grupo de amigas, acima de tudo...

Destaco uma das avaliações de um docente, participante do GF:

“Quero agradecer a oportunidade que você me proporcionou participando desse grupo de discussão. Nosso dia-a-dia não permite momentos de reflexão com nossos pares, muito menos, momentos de reflexão nos quais estamos despidos de atitudes de defesa para que o outro não descubra ou perceba nossas fragilidades pessoais. Você não faz ideia como esta discussão é importante a todos os professores que fazem parte da disciplina a qual pertencço, pois estamos em plena discussão para definição e organização de nossas atividades de ensino na graduação.”

3.2 O Grupo Focal como ferramenta de construção participativa em um programa de saúde mental para refugiados

Há vinte anos o Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP iniciou o atendimento em saúde mental para refugiados em São Paulo, a partir de uma pesquisa-ação participativa. O resultado foi o desenvolvimento de um conjunto de ações intersetoriais coordenadas, com base na compreensão das percepções dos refugiados sobre suas experiências e aspectos psicodinâmicos. Na ocasião a técnica do Grupo Focal foi de fundamental importância para a compreensão das expectativas e necessidades dos refugiados e de aspectos da psicodinâmica deste grupo social⁴

Em resposta à solicitação da Secretaria Estadual da Saúde no ano de 1997, iniciamos sob a coordenação do Prof Francisco Lotufo Neto, um serviço de atendimento psiquiátrico clínico e psicoterapia para refugiados em São Paulo. No entanto, três meses após a criação do serviço, ainda não havia aparecido nenhum paciente. Por outro lado, de acordo com as observações da equipe responsável pela recepção dos refugiados, quase todos os solicitantes de refúgio necessitariam de apoio psicológico e psiquiátrico. Esta primeira experiência trouxe a necessidade de conhecer melhor as características desta população e suas necessidades.

Levantamos então as seguintes questões de pesquisa: qual seria a prevalência de transtornos mentais nessa população? Haveria um tipo de psicopatologia mais comum? Como seria possível ajudar a equipe do Centro de Acolhida para uma melhor triagem de “casos”?

Para responder a essas questões, elaboramos um estudo epidemiológico com o objetivo de investigar a prevalência de transtornos mentais entre refugiados em São Paulo. Começamos a pesquisa, aplicando o instrumento de screening *Self Report Questionary 20 (SRQ-20)* em refugiados que recebiam a ajuda do custo fornecido pelas Nações Unidas.

O SRQ - 20 consiste em 20 questões curtas, com respostas do tipo sim ou não, frequentemente utilizadas na prática psiquiátrica. Este questionário foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um instrumento de triagem para a detecção de transtornos psiquiátricos na atenção básica. É um instrumento desenhado para “descrever a presença ou ausência de sintomas claramente definidos”. Dos 44 questionários aplicados, tivemos 14 positivos (indicando a possibilidade de um transtorno mental pela presença de sintomas) e 1 recusa em responder.

Após a resposta ao questionário, em entrevistas não estruturadas realizadas em sala de espera da instituição com os respondentes ao questionário, descobrimos que vários itens do SRQ-20 não foram adequadamente respondidos: por motivo de incompreensão, por medo ou por desconfiança. De acordo com os membros da equipe de acolhimento, a pessoa que se recusou a responder era a mais necessitada de tratamento. Concluímos que, embora o instrumento tivesse preocupações com os aspectos culturais da psiquiatria, não seria apropriado para nossos pro-

pósitos. Havia influências óbvias da situação política, socioeconômica e cultural dos refugiados na aparente incompreensão ou diferença de conotação no sentido de muitos conceitos investigados pelo questionário. Mesmo assim, solicitamos que os casos positivos pelo SRQ -20 comparecessem para a realização de uma entrevista clínica mais detalhada com a finalidade de diagnóstico por especialista. Nenhum deles apareceu.

Com base na situação descrita acima, concluímos que o uso de metodologia quantitativa, em um estudo de prevalência, seria de pouco benefício prático. Uma descrição dos componentes relevantes, não mensuráveis no funcionamento mental desses indivíduos, seria impossível dessa maneira. Por outro lado, a compreensão sobre a vida mental, os significados, ideias e motivações desses indivíduos era de fundamental importância para a construção de um programa de tratamento.

A partir dessa experiência inicial, enfrentamos na pesquisa outras categorias de perguntas a serem respondidas: quais são os processos mentais subjacentes ao comportamento dos refugiados? Quais eram as suas motivações?

Desde então, o objetivo do estudo não era mais o fato em si (a prevalência de transtornos mentais na população), mas a percepção do fato pelo sujeito (psicodinâmica dos refugiados). Orientados por essas questões de pesquisa, desenvolvemos um estudo baseado em pesquisa participativa e métodos qualitativos. Estávamos interessados nas ideias, interpretações, sentimentos, motivações que os participantes atribuíam às experiências e às circunstâncias do refúgio e do processo de acolhida.

Os dados foram coletados através da combinação de técnicas como observação participante, grupos focais e entrevistas em profundidade. A seleção dos participantes representou a diversidade do país de origem, gênero e idade dos refugiados. Foram realizados 24 grupos focais e 12 entrevistas em profundidade. A análise do discurso baseada em um modelo teórico de representação social combinada com uma perspectiva psicodinâmica identificou considerações clínicas importantes para a abordagem da saúde mental dos refugiados. Os resultados demonstraram a importância da cultura e a experiência social no desenvolvimento da personalidade.

Inicialmente integrei-me à equipe multiprofissional do centro de acolhida para refugiados e desta forma pude, gradualmente, adquirir a confiança dos acolhidos. Nesta fase participei das diversas atividades realizadas pelo convênio Cáritas – ACNUR: realizei entrevistas informais com refugiados e equipe de atendimento, fiz avaliações clínicas psiquiátricas e desenvolvi um trabalho de consultoria nas relações entre a equipe e os refugiados chamados “difíceis”. Tudo foi registrado em um diário de campo, juntamente com algumas interpretações, análises iniciais, e hipóteses de trabalho. Nesta fase também descrevi meus sentimentos e reações sobre minha própria experiência no campo.

Após um ano de experiência nesta etapa inicial, onde as informações foram coletadas por meio da observação participante, optamos por iniciar com entrevistas em grupo pois as entrevistas individuais acentuavam sentimentos de desconfiança e persecutoriedade nesta população.

Foram realizadas quatro entrevistas, com grupos abertos, compostos por seis a doze refugiados e pelo menos uma assistente social da Caritas. O objetivo era levantar as situações que preocupavam e/ ou faziam parte da vida mental dos refugiados. A instrução dada no início de cada sessão de entrevistas em grupo era: “Falem livremente sobre a situação de vocês. Fale tudo o que vier à mente, o que considerem importantes”. Tendo em conta as diferentes dinâmicas observadas com as diferentes assistentes sociais escolhemos uma delas para desenvolver junto à pesquisadora a fase seguinte onde seriam realizados os grupos focais. A partir da terceira entrevista em grupo observamos a repetição dos assuntos abordados. Nesse momento finalizamos as entrevistas em grupo e nos organizamos para o desenvolvimento dos grupos focais.

Os grupos focais foram elaborados a partir de uma sequência de assuntos resultantes das categorias sistematizadas a partir das entrevistas em grupo. Os temas abordados nos grupos focais incluíram questões como reflexões sobre o Brasil, relações familiares antes e depois do exílio, relações conjugais e relações com o sexo oposto antes e depois do exílio, as frustrações vividas antes do refúgio e depois do refúgio, experiências atuais e suas influências na saúde física e mental, religiosidade, recordações do país de origem, relações com a equipe da Agência Cári-

tas / ACNUR, valores mais importantes, o que eu quero, o que eu sou e projetos de vida. Cada categoria ou tema foi explorado em uma reunião diferente por meio de dinâmicas de grupo. À medida que cada assunto foi trabalhado nos grupos focais, realizaram-se de forma concomitante reuniões com a diretoria da equipe do centro de acolhida. Pequenas mudanças no processo de acolhimento foram sugeridas e implantadas. Desde então se iniciou a construção colaborativa do Programa de Saúde Mental para Refugiados.

A análise do material transcrito foi realizada pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo⁵. As categorias gerais de análise (que emergiram a partir da análise do discurso) foram: o Brasil; relacionamento com a equipe; apoio; mudanças percebidas em si mesmo após o refúgio; eventos de vida mais difíceis; medos; religiosidade; projeto de vida. Com o objetivo de resgatar as representações sociais em dimensões relativas ao conceito de identidade, elegemos três das categorias gerais encontradas: a descrição de si mesmo; mudanças percebidas em si mesmo após o refúgio; projeto de vida. A organização dos dados foi feita de acordo com as figuras metodológicas proposta por Lefèvre para a análise do discurso: a ideia central, a expressão-chave e o discurso do sujeito coletivo.

A seguir apresentaremos alguns dos DSC referentes às categorias eleitas. Esses discursos foram construídos a partir de todo o material transcrito. Nessa composição utilizamos as próprias palavras dos entrevistados, as sentenças em *itálico* são aquelas ditas no idioma de origem do entrevistado.

Discursos sobre a descrição de si mesmo

“Não vou falar”

Acontece é que eu tenho medo de falar e não vou falar nada. Eu sou uma pessoa quieta, que não gosta de falar muito. *Eu não respondo, eu me pergunto agora.* Eu confesso para o pastor: Oh, eu sofri muito, eu deixei a minha casa, eu vi sangue, eu vi morte. E daí? Eu prefiro manter isso comigo. Eu não sei. Eu prefiro não dizer. Eu prefiro dizer: eu me

mantenho andando hoje. Eu sigo meu caminho hoje. E podemos seguir juntos.

“Eu não sei”

Eu não sei. Não entendi. Eu não posso, sabe? Porque você está me vendo agora e, diga, você sabe como eu sou? Eu não sei nada sobre esse assunto e eu não acho que isso é importante. O que a mim representar? Eu acho que esta é uma pergunta inapropriada porque eu não posso ver a minha face. Pra mim não importa mais nada, eu quero trabalhar. É muito difícil falar de outra coisa.

“Tenho medo de falar”

Eu não sei como vocês me vêem, eu tenho medo de falar agora. *Eu gosto de observar as pessoas, como alguém que sabe sobre o desconhecido das pessoas.* Eu não gosto de qualquer pessoa. Uma coisa que me deixa irritado é o mentiroso, palavras falsas.

Eu fico pensando o que vai acontecer com aquelas pessoas que permaneceram lá. E eu não sou como os outros irmãos que estão lutando. Acho que isto faz a diferença. *Eu devo à minha família tudo. A família é o que eu mais sinto a falta, quando eu deixei aquela situação, eu fiz só para salvar a minha vida.* Tenho muitas coisas a pensar. Muita coisa.

Este estresse é assim. Eu tenho muitas coisas importantes para pensar. *Eu não gosto de relaxar. Eu estou com a mente sem paz.* Vivemos um grande problema sem nada ter para fazer e esquecer tudo, cê tem que ficar com isso, aí fica difícil esquecer. Você não tem dinheiro, se tem dinheiro tem medo, como gastar este dinheiro? Eu me sinto sempre assim, no limite. É assim que eu às vezes gasto dinheiro que gasto dinheiro que não quero gastar. A gente tem que comprar coisas que nem tinha que comprar para ser melhor tratado, para não ficar como animal.....

Você não tem dinheiro, se tem dinheiro tem medo, como gastar este dinheiro? Se você não sabe como você vai comer; Eu perdido agora, eu fico pensando o que vai acontecer comigo nas ruas hoje. Eu então penso: O que vai me acontecer? Que experiências eu vou ter? E então eu penso por quê? E o que eu faço, o que eu significo para mim mesmo aqui?

Mas aqui eu não mora. A minha vida não tá segura, entende? Entende? Eu tem medo, eu tenho medo quando chega à noite de onde eu mora.

“Sou diferente de você”

Eu não sou brasileiro, eu sou como do último time. Eu não me vejo a mim como parte desta sociedade. Nós temos diferentes culturas, nós temos diferentes razões. A gente tem orgulho de ser africano puro. Então eu olho para os negros no Brasil e eu não me identifico com eles. Eu não me pareço com eles.

Eu sou muito diferente de você. Eu tenho o meu jeito de lidar, eu tenho um apoio que é acreditar em meu ideal e lutar por ele. Mas sinceramente isso chama a atenção das pessoas. E eu nunca passei por isso na minha vida.

Eu me vejo como alguém que quer se aproximar das pessoas e estar próximo daqueles que são amigos. Eu tenho muitos amigos aqui, mas não acho que nenhum deles pode me ajudar. Sou muito sozinha, sem marido e sem família. Os amigos já morreu.

Olha eu tenho mãe, eu tenho pai e isso era muito. E agora eu não tenho ninguém, nem o respeito das pessoas de quem eu preciso.

E você não me deve nada. E você não precisa me dar nada. Não existe dependência entre nós. E então não há entendimentos. Se houvesse entendimento seríamos capazes de realizar a mesma construção, mas se você tem alguma coisa diferente em sua mente, então não há relacionamento ou religião que nos faça construir juntos a casa interna de Deus.

E como eu vou poder ser amigo de brasileiro, amar, ter namorado, começar a conversar com alguém ou coisa assim, eu não estou conseguindo, eu não posso.

Às vezes, eu fala a verdade, às vezes eu mente. Às vezes uma mentirinha. Eu não posso falar a verdade, tem que mentir. Porque se falo a verdade ele não quer mais sair comigo.

Eu nunca pedi nada pra ninguém na minha vida, eu não gosto de falar este tipo de coisa. Eu tenho vergonha de falar dos problemas, mas como eu não posso fazer nada eu estou explicando pra vocês escutarem o que a gente está passando.

Eu sou refugiada. Às vezes eu tenho amigo que em ajuda, mas se eu não tem amigos, como eu vou vestir roupas? Nós temos uma deficiência mental. O deficiente social, em uma sociedade, por exemplo, onde tem racismo, e você é negro.

Dificuldade é diferente, porque se você tem dificuldade, você é apenas como todo mundo. Todos têm dificuldades. Mas se ele tem dificuldade agora e você dá a ele atenção, a dificuldade passa. Mas se é uma deficiência, você pode fazer tudo e não vai passar. Ele não vai passar do que ele tem agora. Então, dificuldade não é deficiência. Mas, para muitas pessoas, se alguém quer ser presidente dos Estados Unidos e é negro, ele tem uma deficiência.

“Eu nada sei sobre o meu futuro”

Sobre o meu futuro? Eu nada sei sobre meu futuro.

Todo esse sofrimento pelo qual estou passando agora, é porque, a história não tem planos. Eu nunca planejei isso, eu nunca pensei que, algum dia, eu estaria fora de meu país passando por tudo isso. Você vê fantasmas do seu plano, você vê seus amigos morrendo, eles não tiveram a oportunidade de estar aqui.

Eu tenho sonhos. Todo mundo tem sonhos. O que eu sonhava acho que já mudou um pouco. Acho que já mudou demais. *O mais difícil foi sonhar o que eu não poderia alcançar.* Naquele tempo eu estava sonhando em ser uma pessoa na minha sociedade, mas agora não tem mais nada. *Eu fui mandado para trás.*

O meu sonho aqui é sobreviver. A gente é inteligente, mas a gente não tem dinheiro. Eu quero casar, tranquilo. E com essa vida, não consegue. Para eu fazer uma família, eu não fazer família pobre. Tudo nós aqui quer ter condições de viver. Eu sonha que um dia seja assim, ter dinheiro pra comer. Começar o trabalho, mas não tem trabalho. Nós não tem chance pra trabalho. Você vê que é muito difícil para nós ter sucesso.

Eu não tô com a minha vida aqui. *É o que eu vou fazer com isso?*

A guerra invadiu e dissolveu todo o meu futuro. E agora, eu não estou no meu futuro, eu não tenho futuro aqui. Isto é violência, a pior de todas. Eu posso te falar: amanhã todos teremos um futuro, eu serei rico,

eu terei a minha companheira, eu posso dizer, eu posso dizer qualquer coisa. Mas não é o jeito que eu sinto.

A interpretação dos resultados à luz dos conceitos da psicodinâmica e identidade:

A projeção

Para a interpretação do registro das observações realizadas nos grupos focais e na descrição do discurso do sujeito coletivo utilizamos conceitos da psicodinâmica. Trabalhamos com base no conceito de identidade, aqui considerado como o processo responsável pela formação de uma imagem ou grupo de imagens, conscientes ou inconscientes, que um indivíduo tem de si mesmo num dado momento, num dado contexto. O sentimento de desconfiança e persecutoriedade descrito desde a fase de observação participante foi confirmado pelas interações registradas durante os Grupos Focais e na construção do discurso na categoria descrição de si mesmo e pode ser interpretado à luz da teoria das projeções.

O trabalho com uma cultura muito diferente é campo fértil para as projeções de ambos os lados. Gambini escreve que “...quando um ser humano não conhece o outro, projeta a si mesmo neste estranho. Se aparecerem uns marcianos por aqui, nós vamos projetar sobre eles nossa própria psicologia. Isso é uma lei psíquica: diante de um desconhecido, aquilo que está em mim será projetado no outro” (Gambini, 1988).

Em se tratando de refugiados vindos de um país de guerra e perseguições, observamos que o “sentir-se perseguido” passa a ser o primeiro sentimento a aparecer em qualquer ambiente desconhecido. Quanto menor for o conhecimento a respeito da outra pessoa mais fácil será projetar passivamente (de forma automática e não intencional) nela os aspectos inconscientes. O efeito da projeção é isolar o sujeito de seu meio ambiente, pois promove um predomínio das relações imaginárias em detrimento das relações reais. Os relacionamentos entre a equipe da agência e a população atendida também podem ser vistos à luz da teoria das projeções. Muitas vezes, inconscientemente, a pessoa sobre a qual se dá a projeção encoraja seu aparecimento.

A idealização

Dentre os mecanismos de defesa utilizados pelos refugiados para lidarem com os símbolos do país de origem, o mais comum foi a idealização. Conceitua-se idealização como o processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição. O papel da idealização como mecanismo de defesa consiste na exagerada valorização positiva do objeto para defendê-lo das pulsões destrutivas. Durante os grupos focais o país de origem foi tratado como um local muito melhor que o Brasil: lá as pessoas se respeitam mais, não existem doenças ou quaisquer problemas sociais, a alimentação é melhor, a cultura é privilegiada, e assim por diante. Nas raras vezes que um dos participantes tentou falar que existia malária em seu país, ele foi fortemente reprimido pelo grupo. Nas sessões seguintes, a tendência do grupo foi isolar esse membro.

Dentro desse padrão de idealização observa-se uma postura de superioridade de alguns refugiados em relação aos brasileiros. Esse mecanismo dificulta a adaptação, pois a identidade permanece presa à situação anterior idealizada. Esse sujeito identificado com a imagem anterior tende ao isolamento e a vivências depressivas.

A crise na identidade

Embora os discursos tenham sido abstraídos de modo a expressarem as diversas faces identitárias destes refugiados, cabe ressaltar a enorme frequência de discursos opostos na descrição de si mesmo realizadas por um mesmo sujeito. Essa ambivalência permeia o discurso de todos os entrevistados e observados. A cisão aparente nas ideias a respeito de si mesmo são o retrato de uma identidade em crise. Essa crise de identidade pode culminar em quadros dissociativos e paranóides.

Do ponto de vista prático levantamos questão: como tratar as pessoas que não querem ser tratadas por estarem por demais aterrorizadas ou ainda apenas desconfiadas?

A partir da análise dos resultados (que em grande parte ocorreu concomitante ao trabalho de campo) elaboramos o programa de atendimento ao refugiado composto por atividades terapêuticas e preventivas no campo da saúde mental. As ações iniciais tiveram como base as suges-

tões levantadas nos grupos focais (mudanças na composição de cestas básicas oferecidas, por exemplo). As comunicações da equipe de atendimento do centro de acolhida como os refugiados passaram a ser pautadas no conhecimento básico das dinâmicas identificadas, o que favoreceu o diálogo e a promoção do bem-estar na equipe e grupo de atendidos.

4. Considerações finais

A interação social que acontece tendo como base um determinado assunto permite a compreensão da resposta do grupo a experiências semelhantes e esta é a base do conhecimento produzido a partir da técnica do grupo focal. As ideias, motivações e significados se expressam socialmente por meio da linguagem verbal e não verbal. Desta forma o material de pesquisa construído a partir dos registros de um GF pode nos revelar o que e como pensam estes sujeitos, em interação.

Por outro lado é importante ressaltar que os grupos focais podem ser considerados uma importante estratégia de participação social. A tomada de consciência de suas motivações, visões de mundo e formas de pensar por determinado grupo social pode contribuir para mudança de comportamento, e dentro do contexto das pesquisas participativas em saúde, para a integração de práticas de saúde em um determinado território.

Emoções, sentimentos e crenças interagindo com problemas concretos levantados pelos participantes do grupo focal podem trazer novas perspectivas a situações complexas, e a partir daí responderem a necessidades reais de um grupo social. A partir do relato de experiências de grupo focal em diversos contextos, buscamos apresentar aqui a sua aplicabilidade para além da coleta de dados em pesquisa acadêmica.

Referências

1. Stalmeijer, R., Mcnaughton, N., Van Mooki, W. N.K.A. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91; 2014.

2. Traynor M Focus group research. *Nursing Standard*. 2005; 29(37): 44-48, 2015.
3. Wong, L. P. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Medical Education Singapore Med J*. 2008; 49(3): 256.
4. Santana, CLA. Anatomia do método qualitativo: uma experiência de sua aplicação no atendimento dos refugiados. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.
5. Lefevre F; Lefevre A M. Discurso do Sujeito coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2): 502-7.

Bibliografia recomendada

1. Baubour,R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.

A construção narrativa como estratégia participativa no trabalho em Saúde: aprendendo a interrogar, interrogar-se e a dialogar

Rafael Herling Lambertucci^I

Cesar Mezzomo Keinert^{II}

Tania Margarete Mezzomo Keinert^{III}

“Procuro despir-me do que aprendi...

Procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram,

e raspar a tinta com que pintaram meus sentidos...

Desencaixotar minhas emoções verdadeiras... desembrulhar-me”

Fernando Pessoa, O Guardador de Rebanhos e Outros Poemas

Poesia completa de Alberto Caetano

Introdução

A construção narrativa constitui-se em importante recurso participativo na formação e intervenção relacionada ao trabalho em saúde, contribuindo para uma visão integral dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde, interlocutor (pesquisador) e narrador (sujeito)), seu território, redes sociais e de cuidado. Possibilita a reinvenção da história do narrador, contribuindo para sua emancipação, ao mesmo tempo em que

I Rafael Herling Lambertucci (rlambertucci@unifesp.br) é Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo com Pós-Doutorado na York University (Toronto, Canadá). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

II Cesar Mezzomo Keinert (cesarmkeinert@gmail.com) é graduando em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

III Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é Doutora em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP) com Pós-doutorado em Gestão da Qualidade de Vida na University of Texas (UT-Austin/EUA). Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde (IS).

propicia a formação do interlocutor através da experiência vivida e dos vínculos criados nos encontros. O processo narrativo exige interrogar, interrograr-se e dialogar. Questionar a realidade pessoal, as interrelações, a atuação do interlocutor/pesquisador, as práticas dos profissionais de saúde, além de auxiliar o narrador/sujeito no processo de construção (ou reconstrução) de sua história. Dessa forma a abordagem é feita de maneira cíclica, dialética, retroalimentada. Estes movimentos que ocorrem na construção narrativa dialógica conferem caráter participativo nessa estratégia, entendida no sentido daquilo que é descrito ou escrito seguindo a forma de um diálogo, de uma conversa interativa, com início e fim, o qual irá alimentar um novo começo.

Estratégia participativa é utilizada neste trabalho no sentido de englobar tanto a pesquisa (coleta de informações), formação (aprendizado mútuo) e intervenção (devolutiva/restituição/ressignificação para/pelo o narrador e até o uso destes dados/informações pelos ACS/PSF/UBS). O caráter cíclico e participativo é a grande inovação desse processo que transita pela pesquisa, formação e intervenção; retroalimentando-se. Seu objetivo último é ampliar o entendimento das necessidades de saúde das pessoas – por parte delas próprias, dos alunos e dos profissionais que os acompanham.

Inicia-se este trabalho apresentando na parte I uma síntese do referencial teórico onde se insere a construção narrativa como importante abordagem metodológica qualitativa e participativa. Inicialmente são descritos aspectos gerais, ligados ao próprio conceito de narrativas, suas características e especificidades enquanto recurso de ressignificação da própria identidade e releitura da própria vida.

No item II é discutida a experiência realizada utilizando-se a construção narrativa autobiográfica junto a uma usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) indicada pela equipe de Saúde da Família em uma área de vulnerabilidade social do município de Santos, com ênfase no detalhamento dos passos dados e na utilização dos procedimentos metodológicos. A estratégia colaborativa fundamenta-se nos diálogos realizados com o narrador em visitas ao seu próprio território de pertencimento (local de moradia), anotações em diários de campo, apresentação e discussão desses com os supervisores do trabalho, e, por fim, construção da narrativa

a ser apresentada ao narrador, como forma de devolutiva e possibilidade de aprendizagem mútua. Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos e, por fim, as considerações finais.

I - Referencial Teórico: Aproximações à Construção de Narrativas

*A luta entre a forma e o conteúdo está no próprio pensamento.(...)
Só a intuição toca na verdade sem precisar de conteúdo nem de forma.*

*A intuição é funda reflexão inconsciente que prescinde de forma
enquanto ela própria, antes de subir à tona, se trabalha”*

Clarice Lispector, Descoberta do Mundo

Forma, conteúdo, teoria, prática, narrativa oral, escrita... No âmbito das abordagens participativas em saúde é fundamental entender estas e outras relações como cíclicas, retroalimentadas e dialéticas, pois só dessa forma pode-se perceber a construção narrativa, ao mesmo tempo, como investigação, formação e intervenção. A realidade informa a teoria, esta, por sua vez, a antecede e permite percebê-la, reformulá-la, dar conta dela, agir sobre ela, num processo sem fim de distanciamento e aproximação constantes¹.

A estratégia de utilização de narrativas, dentro do universo das abordagens qualitativas, pode ser classificada como humanista, aberta e flexível, culturalmente contextualizada, pautada na análise contínua e progressiva das informações disponíveis para a produção de dados, holística, constituída a partir da experiência dos sujeitos – tal qual é vivida e sentida por eles. Pode ser considerada interpretativa, focada na compreensão das pessoas dentro de seu próprio âmbito de referência, pautada na convicção de que todos os cenários e perspectivas têm valor e são dignos de estudo, voltada aos indícios, às singularidades, válida pela coerência epistemológica, comprometida eticamente com a produção de novos conhecimentos².

Os narradores são comumente associados aos contadores de histórias, tidos como aqueles que relatam experiências de forma prática e as

traduzem em significações, transmitindo-as de pessoa a pessoa, seja de forma oral ou escrita. Numa visão clássica são vistas como pessoas vindas de longe ou que possuem vasto conhecimento do próprio território e tradições. Utilizam-se da prática narrativa em forma de ensinamentos, sugestões, provérbios ou normas de vida, dando forma às crenças e à singularidade da cultura local. Neste sentido, Benjamin³ considera que no processo narrativo o sujeito encontra-se implicado na série de eventos e acontecimentos evocados, ao passo que na descrição, ele se encontra apartado do relato que adquire uma dimensão objetiva, descritiva e observacional.

As narrativas têm sido utilizadas como um instrumental de coleta de dados, método de pesquisa e com objetivos formativos (promover mudanças na própria prática e formação através da narrativa do sujeito, interpretação ou registro pelo interlocutor e posterior análise conjunta entre interlocutor e narrador). Se é verdade que o homem é um ser contador de histórias, como acima foi dito, a investigação de caráter qualitativo tem tido o mérito de explorar e organizar este potencial humano, produzindo conhecimento sistematizado através dele.

Na construção narrativa aqui trabalhada, os narradores não se utilizam da técnica para autonomamente ensinar, são na verdade estimulados a isso pelos interlocutores. Também não se tratam de pessoas “diferentes/especiais”, podendo, na verdade, ser qualquer pessoa, uma vez que o método é o autobiográfico.

Desse modo, o importante no contato é ouvir a história do interpe-lado, para quem são dirigidas as questões investigatórias. Mas também é fundamental lembrar que numa provocadora entrevista não diretiva dis-posta a reconstruir histórias, fatalmente haverá a interferência de quem ouve, especialmente na reinterpretação de significados, o que mostra que uma narrativa acaba sempre sendo um **processo colaborativo**, pois tanto depende de quem a produz como de para quem ela se destina. Sendo assim, apesar de ser uma autobiografia, esta é organizada e finalizada pelo pesquisador/interlocutor, posteriormente “devolvida” ao narrador e discutida com ele. Quanto maior o vínculo criado durante a construção narrativa, mais “fidedignas” as informações presentes no relato final (processo realmente colaborativo!). Pode-se dizer que se trata então do

produto de duas narrativas, uma vez que há a coleta de diferentes vozes, a interpretação, a construção e a partilha de uma história.

Com isso, a investigação-formação-intervenção que usa narrativas, pressupõe um processo coletivo de mútua explicação em que a vivência do interlocutor se mescla à do narrador. A explicitação desta complexa simbiose, acoplada ao necessário distanciamento reflexivo, requer espaços de discussão e análise que garantam o rigor em relação aos objetivos propostos, ao mesmo tempo em que se permita fluir o entrelaçado de relações.

Jorge Larrosa Bondia⁴ destaca a importância desta aproximação e construção conjunta da narrativa entre interlocutor e narrador, uma vez que, segundo ele, cada palavra dita sempre quer dizer mais do que diz e nunca pode dizer tudo que queria. Frauendorf⁵ vai além, colocando a narrativa como uma possibilidade de autoformação, transformação e autoconhecimento.

Para Benjamin³, por mais que nos contem e/ou nos mostrem, se não houver contato real com o narrador (por vezes também com familiares), saber de suas necessidades e situações de vida, a formação profissional estará “subtraída da experiência”.

É possível afirmar, ainda, que a construção narrativa constitui-se em **método participativo** devido a seu **caráter dialógico** no sentido atribuído por Paulo Freire em várias de suas obras, começando pelo clássico *Pedagogia do Oprimido*⁶, escrito em 1968 (e com número de citações crescente) onde o ponto de partida é o estudo da realidade – através da fala do educando – e a organização dos dados e informações, por sua vez, é feita em conjunto, no diálogo educando-educador.

Nesse processo surgem os “temas geradores”, extraídos da problematização da prática de vida. Cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõem em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais parte a formação. O importante, neste processo, mais do que refletir sobre conteúdos específicos, é despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida.

Em *Extensão ou Comunicação*⁷, Freire analisa a relação entre agrônomos e camponeses destacando a necessidade de existir uma comunicação horizontal e igualitária entre os técnicos e os agricultores. Afirma

que “um sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a coparticipação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um ‘penso’, mas um ‘pensamos’. É o ‘pensamos’ que estabelece o ‘penso’ e não o contrário. Esta coparticipação dos sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação.”

Ainda mantendo o foco no grande educador Paulo Freire, verificamos que ele se de uma forma didática de narrativa através de suas “Cartas Pedagógicas” as quais revelam sua profunda humanidade e são **expressivas narrativas** por meio das quais ele dialoga com pais, educadores, discutindo os problemas contemporâneos, sugerindo reflexões sobre o mundo, sobre a vida, sobre as pessoas, sobre a escola. Essa narrativa fala de cidadania, de posicionamento político, de indignação, de transformação, de esperança. Consubstancialmente, são cartas que proporcionam aprendizagens, reflexão, oportunidades de imergir no passado, liberar tensões a questionar o presente numa visão prospectiva⁸.

De fato, o aspecto da “**comunicabilidade**” constitui-se em um conceito central da filosofia da história que descreve o desejo irrefreável de comunicar-se da humanidade, retomada por Habermas⁹ como base de sua teoria da ação comunicativa a qual destaca os aspectos intersubjetivos ali presentes, surgidos de uma interação de, no mínimo dois sujeitos, capazes de falar e agir, que estabelecem relações interpessoais com o objetivo de alcançar uma compreensão sobre a situação em que ocorre a interação e sobre os respectivos planos de ação com vistas a coordenar suas ações pela via do entendimento. Como afirma Habermas, a ação comunicativa ocorre sempre que as ações dos agentes envolvidos são coordenadas, não através de cálculos egocêntricos de sucesso, mas através de atos de alcançar o entendimento. Na ação comunicativa, os participantes não estão orientados primeiramente para o seu próprio sucesso individual, eles buscam seus objetivos individuais respeitando a condição de que podem harmonizar seus planos de ação sobre as bases de uma definição comum de “situação”. Assim, a negociação da definição de situação é um elemento essencial do complemento interpretativo requerido pela ação comunicativa para relatar e reinterpretar a experiência vivida.

Essas situações ou acontecimentos permitem afirmar que na construção narrativa, a comunicação se baseia na experiência: o que aconte-

ce, o que nos toca, o que lembramos e até o que esquecemos (e, muitas vezes, o que queremos esquecer...). Porém estas vivências precisam ser nomeadas, já que as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. O processo de narrar a própria experiência possibilita ao sujeito reconstruir sua trajetória e criar novos sentidos, estabelecendo uma relação dialética entre experiência e narrativa, mediada por seus próprios processos reflexivos e por aqueles provocados pelos seus interlocutores.^{4,10,11}

“Um acontecimento vivido é finito ao passo que um acontecimento rememorado é sem limites”¹². Adicionalmente, não ocorre aprendizagem genuína sem uma devida associação com a experiência, onde se memorizam fatos sem perceber relações, produzindo assim, conhecimento destituído de significado.

Esse movimento de experienciar-narrar precisa estar presente na prática investigativa e formativa que utiliza narrativas como fonte de conhecimento. É importante não aprisioná-las, *a priori*, em categorias teóricas pré-definidas, por que este procedimento seria fortemente cerceador do relato espontâneo. Ao mesmo tempo, entretanto, não há como deixar de identificar formulações teóricas no discurso dos sujeitos e, também, nas estruturas cognitivas e afetivas dos seus interlocutores¹¹.

Perceber a importância das histórias de vida é o primeiro passo para considerar a cultura participativa das narrativas, entender sua pertinência na abordagem que adota a proposta biográfica como perspectiva epistemológica sobre a aprendizagem dos sujeitos a partir de suas próprias experiências e reflexões. Essas considerações articulam as marcas das histórias de vida de cada sujeito com a sua experiência (pessoal, profissional, afetiva, concreta e subjetiva). Nesse sentido, oportuniza refletir sobre as trajetórias, as aprendizagens e o desejo do conhecimento; as possibilidades de desenvolvimento pessoal e da emancipação; a busca da construção e reafirmação da própria identidade; bem como, cada vez mais, a melhor compreensão do fenômeno saúde-adoecimento no tempo e no espaço. Tempos marcados no corpo, na memória e nas histórias sobre o sentido da vida¹³.

A contextualização dessas histórias de vida articula-se fortemente ao território no qual acontecem. Na verdade, território é algo de definição complexa. Como bem colocou Milton Santos, o conceito de território vai além do aspecto geográfico, é mais do que uma região; ele envolve também práticas sociais, políticas e técnicas, em que surgem permanentemente informações, transformações, modernizações. O território é dinâmico, vivo, em constante movimento, com suas redes de relações, redes sociais, lugares com características próprias, com técnicas específicas, um verdadeiro espaço produtor de solidariedade. Dessa forma, o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico¹⁴.

Podemos pensar aqui em uma investigação “em ação no campo” onde as ideias de Kurt Lewin¹⁵ um dos precursores da metodologia de pesquisa-ação, vincula a idéia de campo não apenas a um território ou espaço geograficamente definido, mas também a uma delimitação temática: o campo-tema, noção de como a totalidade de fatos psicológicos que não são necessariamente reais em si próprios, são reais porque tem efeitos de acordo com a percepção individual. Isso significa que para Lewin, mais importante do que analisar a “realidade” para compreender o comportamento do indivíduo é observar a “percepção” que o indivíduo tem dessa mesma realidade, e, para esse fim, a construção narrativa tem se revelado bastante adequada.

O campo começou a ser visto não como lugar específico, mas como a situação atual de um assunto⁴, a justaposição de sua subjetividade, materialidade e socialidade. Ao relatar, ao conversar, ao buscar mais detalhes sobre uma história de vida também se toma parte do campo-tema, de seus eventos ao longo do tempo e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de diálogo, reflexão e interrelações. As possibilidades de construções narrativas começam com a opção inicial de vinculação à temática, às trajetórias, aos argumentos que a tornam disciplinarmente válida e aos acontecimentos que podem reposicionar o campo-tema. O complexo de redes de sentidos que se interconectam demonstram que o passado está sempre no presente por sua contribuição constante às narrativas múltiplas, polissêmicas, muitas falas e em tempos diferentes. Essas não são homogêneas, mas heterogêneas; às vezes consensuais às vezes conflitivas. Neste

momento é que as trocas entre os interlocutores e os narradores, o diálogo e a interação empática entre ambos, tornam-se relevantes para estabelecer um sentido e criar um fio condutor em falas aparentemente desconexas. Em outras palavras: ambos são “sujeitos” do processo na perspectiva que estamos adotando. Ambos aprendem e apreendem o contexto, significados e etc. É de fato uma troca (dialógica).

Na abordagem utilizada neste trabalho, na narrativa oral relatada aos interlocutores (melhor descrita no próximo item), acredita-se que as dimensões objetivas e subjetivas do narrador se manifestem em diferentes momentos, entrelaçadas, bem como ambas se fazem presentes no olhar dos interlocutores, e, por conseguinte, em todo o processo de construção narrativa. Isso depende diretamente de um desenvolvimento da capacidade de observação, de registro em diários de campo e de interpretação de fatos, além da caracterização dos atores envolvidos na situação e de suas perspectivas, recursos e interesses.

Importante também salientar que o trabalho foi inteiramente realizado no território do narrador, o que traz intrinsecamente marcas das desigualdades sociais presentes no local onde vive a protagonista desta narrativa (morro do Jabaquara). Observa-se que a história narrada na segunda parte desse trabalho se articula de forma perene ao território em que acontece, diretamente articulado à comunidade, à família, aos fluxos e aos serviços. Ademais, a presença dos interlocutores na casa do narrador fortalece o vínculo criado entre as partes, configurando uma relação de confiança e suavizando a hierarquia e institucionalização presentes num equipamento de saúde.

II – Aspectos Metodológicos: Dos Diários de Campo à Construção Narrativa

“Pelos meus textos sou mudado mais do que pelo meu existir”

Manoel de Barros, Poesia Completa

No total foram realizados seis encontros, o último desses reservado à entrega do documento, chamado de “narrativa”, construído ao longo das cinco visitas que conta a história do narrador, constituindo uma síntese

de todo o processo de reflexão feito conjuntamente (**devolutiva**). Além disso, simboliza o fim desse processo. Intercalado com cada encontro, havia um de supervisão em grupo, em que algumas duplas de pesquisadores se encontravam com um mesmo supervisor e compartilhavam sua experiência da semana anterior, contando a progressão, bem como suas impressões sobre o que se passou e sobre a história da pessoa que estavam conhecendo. A escuta de outras vivências ajudava cada interlocutor/pesquisador a pensar no seu processo narrativo, a identificar diferenças e também novas possibilidades e perspectivas de condução dos encontros. Além de um momento de compartilhamento de eventuais dificuldades, era um momento de pensar, coletiva ou individualmente, no encaminhamento final da construção.

Nessas datas de supervisão, eram entregues os **diários de campo**, que continham reflexão escrita e mais detalhada e pessoal sobre os encontros. São registros realizados a partir de falas, acontecimentos e experiências pessoais. Deviam ser escritos imediatamente após a vivência para que fossem detalhados e precisos, destacando fatos significativos.

Os diários deveriam conter notas descritivas e intensivas. As notas **descritivas** são compostas pelo que foi observado, relatos de acontecimentos, trechos de diálogos e conversas. Entre as notas **intensivas** devem estar presentes sensações e sentimentos despertados durante a observação do espaço, especulações e hipóteses, bem como reflexões e articulações entre a experiência de observação do território, a experiência da escuta, os textos previamente lidos e a experiência prévia da pessoa.

Na análise aqui efetuada percebe-se a preocupação dos interlocutores com os aspectos peculiares e individuais do narrador, o qual é indicado pelos agentes de saúde da equipe de Saúde da Família da região. A demanda colocada ao narrador é que fossem relatados aspectos relevantes de sua vida, segundo seus próprios critérios. São importantes informações para uma análise qualitativa, possibilitando, em alguma medida, a reinvenção de sua história e o fortalecimento de uma visão positiva de si, contribuindo para o seu empoderamento, autonomia e emancipação. Os critérios de escolha dos narradores pelos agentes comunitários não eram estritamente relacionados ao processo de saúde-doença; para

além, importavam a história da pessoa, sua maneira de vê-la e contá-la e uma aposta no potencial benéfico da construção narrativa.

O caso em estudo trata de uma mulher de 84 anos, imigrante nordestina, moradora do morro do Jabaquara, Santos-SP, há mais de 30 anos, a qual chamaremos de D. Âncora, uma alusão ao papel fundamental que desempenhou (e até hoje desempenha) na estabilidade da família. A Âncora é considerada **símbolo** de força, **firmeza**, esperança e fidelidade em meio às adversidades.

D. Âncora teve 14 filhos, gêmeos duas vezes. Seis filhos já eram falecidos à época da narrativa. Apesar de ter vivido num contexto de carências, nossa narradora sustentou todos eles, com dificuldades. Teve alguns problemas de saúde (nos rins, na bexiga, hipertensão, diabetes e um “carço” – provavelmente um tumor) – além de problemas de relacionamento familiar e conjugal.

Ainda assim era tida como uma pessoa alegre, que conhecia bastante gente e era influente na igreja. Talvez por ser bastante comunicativa e gostar muito de falar, além dos problemas de saúde e questões afetivas que vivenciara, os agentes de saúde escolheram-na. Era uma grande contadora de histórias, tanto que os encontros tendiam a alongar-se e era difícil encerrar porque ela gostava de contar sua história. O aspecto da comunicabilidade, destacado em Habermas⁹, era evidente. “A gente tinha que ir embora de algum jeito da casa dela porque ela continuava falando...” (Notas Intensivas, Relatório Final, Morro, 2016).

Os interlocutores ao adentrar concretamente no **território de moradia** dos narradores acabam conhecendo mais aspectos de seu **contexto de vida**, até mesmo dos **serviços de saúde** que funcionavam no local:

“Chegamos faltando dez minutos para as duas no PSF. (...) O alívio foi imediato para muitos, ao entrarem, devido ao ar-condicionado que circulava no local, em **contraste ao ar abafado e o calor que se sentia fora**. (...) nos reunimos com algumas das agentes de saúde. Nos apresentamos e elas contaram das pessoas que haviam escolhido, com base no acompanhamento que fazem. Todos eram idosos e tinham necessidades na área da saúde”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Em outro momento, nossa narradora colocou uma ótima frase, que não lembro exatamente como foi dita: **‘hoje em dia os médicos não escutam; há um monte de remédios, mas eles não têm efeito. E farmácia tem em cada canto, mas para quê?’** D. Âncora também contou de um atendimento péssimo que teve, em que o médico falou para ela calar a boca pois devia seguir o tratamento, enquanto ela apenas tentava entendê-lo. A sua frase mostra uma crítica articulada sobre o nosso sistema de saúde, impessoal e pautado numa grande prescrição de remédios, muitas vezes desnecessários, pois eles não atingem a real causa do problema. Imediatamente, ao ouvir isso, pensei no texto *Experiência complexa e os olhares reducionistas*, de Rozemberg & Minayo⁶, em que há uma crítica aos tratamentos que reduzem o indivíduo a um olhar apenas biologicista ou apenas psicologicista”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“D. Âncora não conseguiu lembrar o nome da rua em que viveu no Nordeste, contudo, deu-nos uma descrição, a partir do mercado e da saída do rio para a rua, da localização de sua casa e disse o nome da rua de sua mãe, que aparecia no mapa. Eu acessei o mapa online pelo meu celular e consegui obter uma imagem do mercado municipal de lá, ela gostou muito de vê-lo, muitos anos após a última vez em que esteve lá”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

As condições do **território**, das construções, da casa da narradora também eram registradas como **imagens de um plano de fundo** que se tornava parte da narrativa, aliadas a **atitudes e expressões não-verbais** da narradora:

“No fim da rua podia-se ver que ali começava o morro. A partir dali começamos a subida, que durou por volta de 10 minutos, feita quase que unicamente em linha reta. **As casas não eram diferentes do que se costuma ver em morros** dado o desnível do terreno; **estruturas em geral simples, pouco espaço para a calçada**. (...) A vista para a cidade era incrível, me fascinou tanto quanto da primeira vez que fui a um dos morros. (...) Afinal, avistamos a casa de D. Âncora. Era comprida, de tijolos vermelhos. No canto esquerdo

havia uma escada; o portão estava aberto. Passamos por um primeiro corredor que dava a um “apartamento”. Depois chegamos no de D. Âncora. Acima, era possível ver um idoso, sentado. Havia plantas e bicicletas de crianças no local. (...) Em seguida, nos convidou para entrar e sentar no sofá. A primeira parte da sala possuía três sofás em esquema quadrangular, completado pela TV de várias polegadas em cima de um *hack*. No centro, havia uma mesa. Atrás disso, havia uma mesa para refeições e uma cômoda de aparência antiga com um bordado de crochê e alguns objetos em cima. Da sala saía uma porta para a cozinha e duas para os quartos. D. Âncora estava num deles e se levantou, **animada, sorridente, vindo a nosso encontro. Avisou que ia trocar de roupa para nos receber melhor.** Parecia estar de pijama e vestiu um vestido azul. Veio até a sala e sentou no sofá de frente à televisão.” (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Chegamos na casa e na sala se encontravam D. Âncora e Ondina. Elas gentilmente nos convidaram para entrar. Após os cumprimentos, nos sentamos, juntos a D. Âncora, nos mesmos lugares do sofá que nos acostumamos”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

“Novamente, a **brincadeira de ela se vestir com seus ‘ouros’** surgiu. Pelo telefone, antes do encontro, ela disse que estaria vestida com eles; **contudo, no frio, estava com um pano em volta da cabeça para se esquentar**”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

“Na hora de nossa saída, ela nos **mostrou algumas fotos**, como a de sua filha Orla com seu marido, a de três meninas que ela ajudou a cuidar, dentre outras. **Levou-nos até um dos quartos**, no qual entramos pela primeira vez. Ela pediu que tirássemos uma foto dos brinquedos de pelúcia de Ondina, que estavam em cima da cama. Assim fizemos e **combinamos que na semana que vem seria dela que tiraríamos uma foto, vestida com seus ‘ouros’**”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

A escuta durante a visita, seguida pelo processo de rememorar e re-digir o Diário de Campo, além da discussão nos grupos de supervisão faz

com que a aproximação entre o narrador e os interlocutores seja intensa e rápida: “o **local e o bairro já nos é um tanto familiar**, mesmo conhecendo pouquíssimo da convivência que ali ocorre”. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos).

“D. Âncora já estava nos esperando. A entrada na casa foi muito mais rápida do que das outras vezes, apenas a avistamos, pela janela, que logo ela nos convidou para dentro”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“D. Âncora disse que já havia dito muita coisa para nós, que não havia mais nada para dizer. Então fomos nós que iniciamos os assuntos”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

As características pessoais (físicas e psicológicas) da narradora, seu modo de falar e aspectos relacionados à sua saúde destacam-se na perspectiva de uma visão integral do (ser) humano. Ao mesmo tempo, pode-se identificar formulações teóricas por trás do discurso do sujeito, bem como questões cognitivas e afetivas. Assim, percebe-se as necessidades de saúde do acompanhado, estabelecendo relações com sua história de vida e sua condição social. Na comunicação com os interlocutores, o narrador vai reinventando sua história de vida, ao mesmo tempo que os primeiros, questionam e são questionados. A comunicação baseia-se na experiência, numa relação dialética entre o vivido e o narrado, o lembrado e o esquecido, a fala e a escuta, oferecendo oportunidades de ressignificação.

“**Apesar dos problemas de saúde** enfrentados durante a vida, ela aparentava estar **‘bem de cabeça’** e recordava muitas coisas próximas e distantes”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Sua estatura é alta, seu corpo é grande. O cabelo está grisalho e contrasta com sua pele escura. **Ela nos afirmou estar saudável e isso pode ser perceptível para nós que conversávamos com ela.** Ao longo da conversa nos mostrou uma cicatriz na região do pescoço, teve um nódulo e precisou ir ao médico. Teve mais algumas marcas sobressalentes pelo corpo. **Sua fala foi constante e fluida; mudava de assunto**

abruptamente, numa mesma frase”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Não demorou para se tornar perceptível **o fato de ela gostar de falar**. Nos **falava muitas coisas**, sempre tendo o **cuidado e a graça de explicar os detalhes** daquilo que falava”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Não queria que nós fôssemos embora, o que deduzimos pois **ela não parava de falar, emendando um assunto em outro**. Foi preciso que reiterássemos diversas vezes nossa saída e nos despedíssemos várias vezes”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“A sua **saúde** apareceu em outros momentos na fala. **Resumidamente, o processo de vir para Santos foi acompanhado de muito adoecimento**. Sua família foi vindo para Santos aos poucos, a primeira foi sua irmã. **Foi nessa época que sua filha, Ondina, que nos recebera no encontro passado, adoeceu e precisou ser internada por um ano**, ainda no nordeste. Pouco tempo distante desse caso, D. Âncora estava **“podre”**. Após ter os 14 filhos nascidos em Sergipe, tinha muitas dores, pois estava com a bexiga rasgada. Teve-a reconstruída, no Rio de Janeiro. Pouco tempo depois, veio para Santos, onde teve seu último filho. Décadas depois, teria os problemas nos rins, os quais a acompanham até hoje”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Ficamos bastante tempo novamente falando do ‘caroço’ que ela teve. Disse que teve três filhos enquanto o tinha: Orla, Marinho e Sol. Falou de uma **‘glândula’ que teve no pescoço, um inchaço, que teve que ser tirado por operação, da qual advém a cicatriz que possui**. Ela disse que chegou a ver o ‘caroço’ nos partos, era algo com um aspecto carnudo, com espécies de braços junto a ele. Podem ter sido tumores, pois, um pouco depois, ela relatou que um médico que consultou deu o parecer de que ela estava com câncer e que não havia mais nada a fazer”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

A relação entre aquele que cuida e o que é cuidado é sempre dialética, cíclica, autopoietica^{IV}, ou seja, há uma relação mútua e uma construção comum. É um movimento paradoxal, no qual, da dependência pretende-se gerar autonomia e emancipação. Nossa narradora foi cuidadora a vida toda, no trabalho e na família. O “cuidar” também esteve presente no auxílio para criar os filhos dos outros, além dos dela. Em contrapartida, é e foi cuidada (de alguma forma) quando teve problemas de saúde.

“Cuidar é algo que D. Âncora conhece bem. Teve 14 filhos na sua vida, duas vezes teve gêmeos. De todos esses, apenas 8 estão vivos. Todos moram na região de Santos e mantém contato próximo com a mãe”. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos)

“Sobre a família mais distante, dois sobrinhos adolescentes de D. Âncora moram no ‘apartamento’ acima do seu. Ela tem ainda **4 netos e 5 bisnetos**, estes tendo idade de, no máximo, adolescentes. Ajudou na criação de todos eles”. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos)

“Além desses, D. Âncora nos contou que ajudou a criar muitas crianças – havia, inclusive, um menino de por volta de 5 anos brincando na sala. Depois de algum tempo de conversa ela nos mostrou uma foto de três meninas que ela havia ajudado a criar (...). Não ficou claro para nós quais dessas **ajudadas no cuidado havia sido em tempo integral**, ou por um horário de um dia até a noite, período em que a criança iria embora, por exemplo. O que ficou claro é que D. Âncora havia **ajudado muitas pessoas em sua vida, que era feliz por isso e que, ao mesmo tempo, tinha passado por muitas dificuldades por essa virtude**”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Logo as duas amigas explicaram que se conheciam havia décadas, D. Âncora havia ajudado a criar a outra”. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos)

IV *Autopoiesis*, (do grego *auto* que significa “próprio”, e *poiesis* “criação”) é um termo usado para designar a capacidade dos seres vivos de produzirem a si próprios em interação com o meio onde vivem. A conservação da autopoiese e a adaptação são condições sistêmicas para a vida. A comunicação é uma forma eficiente de trocas, uma vez que gera uma nova comunicação, em uma retroalimentação constante.

“D. Âncora nos falou bastante de uma das suas filhas, Ondina. Ela se encontrava no local, inclusive, aparecendo na porta da cozinha algumas vezes e uma vez indo até a sala. **A filha teve, nos primeiros meses de vida, um caso de subnutrição que afetou seu desenvolvimento neurológico.** Ao longo de nossa visita, um homem veio até a sala, este de aparência idosa, e nossa narradora afirmou que aquele também era seu filho”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

A emoção perpassa as falas, especialmente quando são relatadas dificuldades vividas, sejam relacionadas a questões afetivas (pessoais e familiares) ou à sobrevivência num contexto de vulnerabilidade. A fala não-linear, as expressões faciais, os gestos...

“Houve momentos em que **ela se emocionou ao relatar sua vida**, um exemplo foi quando afirmou que **sua vida havia sido bastante difícil. À medida que passava para uma próxima frase, ela mudava a expressão de sua face**”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“D. Âncora contou sobre uma fase de sua vida em que acordava às 5 da manhã, fazia comida para o almoço e **ia para o trabalho a pé. Caminhava em torno de 15 km por dia. Trabalhava como cuidadora.** Provavelmente isso aconteceu ainda antes de ela se mudar para Santos, em seu estado de origem”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Um assunto recorrente em sua fala foi seu marido. Aparentemente, ele é o pai de todos os filhos dela. Tem 104 anos e estava na casa quando fizemos a visita. Nos cumprimentou apenas e saiu da casa. D. ÂNCORA disse que tinha escolhido ficar com o **lado bom dele, escolha que fazia em relação a todas as coisas na vida.** Havia tido brigas e discussões, mas eles ainda estão juntos e bem. Nos contou que **ele nunca a havia agredido, isso seria algo que ela não toleraria**”. (Diário de Campo 1, Morro, 2016, grifos nossos).

“Um exemplo de emoção foi quando falou sobre seu **marido.** Em alguns momentos, ela comentou que ele a traiu algumas vezes; disse também que **não gostava dele, apenas cuidava, algo criado entre eles nos anos de convívio.**

Essa frase, além de muito forte e impactante na nossa escuta, mostra muito **da dinâmica entre eles e das angústias que D. Âncora teve em sua vida**. Ela nos questionou, de forma indignada, o que havia acontecido (como era possível?!) Deus ter dado tanto privilégio a só uma pessoa, pois ela nunca havia visto ele sofrer, apenas duas vezes em sua vida. Enquanto isso, ela já havia tido problemas de saúde e tivera que se virar para cuidar dos filhos com o pouco que tinha. A relação entre eles, apesar de durar mais de 66 anos, envolvia muitos conflitos. Em relação às traições, **ela disse que era algo que ainda causava muita raiva nela, que não é algo fácil de perdoar**. Nesse ponto, minha colega interveio e comentou sobre o filme *E se vivêssemos todos juntos* que Eliane Brum (2012) comenta, em que uma relação de longa data é retratada e um homem, já idoso e com uma memória fraca, deve decidir se irá se lembrar todo dia de uma traição feita pela mulher. O filme, fala da importância do esquecer, para que possamos seguir em frente. **Essa raiva que sente era algo já comentado por D. Âncora**”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Sobre as carências e dificuldades, não era apenas a **comida** que era **escassa** no passado da mulher. Ela também comentou de quando **não tinha sabão para lavar suas roupas**. Nesses momentos, ia nas casas vizinhas perguntar se as pessoas tinham roupas sujas e sabão, para, completando com as roupas dela, lavá-las”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Outra dificuldade de sua vida no momento de criação dos filhos foi quando havia se mudado para Santos. Morava numa casa que não gostava, **numa região periférica, em que o tráfico acontecia**. Ela viu um homem tentando entrar pelo telhado da casa. Ela disse que conhecia o homem, ele já tinha assaltado outras casas. Nesse momento de **perigo iminente ficou muito aflita, pensou em todos seus filhos, ainda crianças, e decidiu tentar confrontar o invasor**. Esquentou óleo numa frigideira para jogar nele”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Nossa narradora **falou de diversos modos que ela viveu de modo independente e fez como pôde para se sustentar**

mesmo na pobreza. Nos mostrou roupas que estava costurando, mandadas por sua família. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

A religiosidade tem papel importante na qualidade de vida das pessoas, especialmente dos idosos. Rezar, orar ou meditar é um momento de pausa para reflexão, o qual pode ter efeitos benéficos para a saúde do corpo e da mente. Em momentos de grandes dificuldades pode auxiliar na compreensão da situação e, especialmente, constituir-se em uma fonte de esperança.

“A **religiosidade** foi um assunto que apareceu com destaque no discurso de D. Âncora no encontro anterior. Um dos momentos foi ao falar de uma **raiva que ela sentia pelo marido, por ele tê-la traído em certa época.** Disse que era natural senti-la, porém, sua irmã, evangélica, dizia que ela precisava praticar o **perdão.** Era perceptível que D. Âncora sentia **certa culpa** por não conseguir abdicar do sentimento que carregava, *compartilhando* a questão conosco”. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos)

“Não poderia finalizar esse relato sem citar a religião, um assunto novamente muito presente em sua fala e vida. Perguntamos se sempre foi assim e ela disse que foi algo que cresceu nela e ganhou maior significância em determinado momento de sua vida: foi quando sua filha mais velha, Maresia, chegou em casa grávida. O contexto familiar naquele momento não era bom: seu marido algumas vezes havia tido doenças venéreas e essa filha sua brigava por míseros detalhes com um de seus irmãos, tornando a convivência em casa muito mais difícil. Foi nesse momento que começou a **rezar mais e sua fé passou a ter um papel importante no sentido de ela se distanciar um pouco,** de se “inflamar” menos por conta dessas questões.” (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Foi nessa época de doença que ela ficou numa casa, por um tempo. (...) Foi nesse momento de sua vida que D. Âncora **passou uma noite inteira ajoelhada, pois estava rezando, pedindo a Deus que não deixasse que ela abandonasse seus filhos.** O fato de ela ainda estar bem é algo que corro-

bora com sua fé descrita”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

“O **discurso religioso** foi algo que apareceu em sua fala novamente, diversas vezes. Falou da importância de ter um compromisso com Deus, da importância de não esperar nada dos outros (como já havia reiterado nos outros encontros), pois apenas Deus pode te fornecer suporte. No fim do encontro, ela, mais uma vez, ficou alguns minutos falando da importância de se ter uma religião na vida. Direcionou o discurso para mim, afirmando que minha colega já tinha mais idade então já tinha experiência na vida, mas eu era novo e ainda podia ‘receber esse direcionamento’ e pô-lo em prática”. (Diário de Campo 4, Morro, 2016, grifos nossos).

A criatividade humana permite transformar uma idéia em algo concreto buscando integrar o racional e o emocional. Cozinhar exige afeto e intuição, mais do que técnica. As memórias do paladar e do olfato costumam perdurar para sempre nas famílias e grupos sociais. Costurar, por sua vez, exige o uso da sensibilidade e da estética, tendo uma conotação simbólica na busca do belo, especialmente quando se trata de criar uma nova peça a partir de uma antiga. Cozinhar e costurar são atividades ancestrais e expressões artísticas.

“(…) D. Âncora já estava nos aguardando. Estava sentada com uma **máquina de costura**. Assim que entramos na sala, **ela nos mostrou um vestido que tinha feito a partir de outra roupa**. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

“Em relação à alimentação, a filha, Ondina nos contou que costuma cozinhar. Faz peixe, carne e frango, mas seu pai, Porto, só gosta da comida feita por sua mulher. (Diário de Campo 2, Morro, 2016, grifos nossos)

“[D. Âncora] **contou como fazia para conservar a comida mesmo sem ter geladeira e tendo o número enorme de filhos que tinha**. Ela temperava a carne, frango ou peixe e passava óleo neles. Deixava numa espécie de bacia até quando fosse comer. Ia juntando, com o passar dos dias, essas carnes na bacia, até ter algo suficiente para todas aquelas pessoas. Ela contou também do processo de cozimento desses ali-

mentos, afirmando que usava salsinha. Falou, também, que usava cebola e tomate para fazer a **“moqueca de ovo”**. Nessa, também ia arroz e feijão, que eram obtidos em sacas, as quais ela trazia do mercado na cabeça. Em certo ponto ela disse para nós fazermos o prato, pois iríamos apreciá-lo”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

A vontade de manter-se ativo é expressa por muitos idosos, acompanhada pelo medo da dependência que pode ser gerado com o envelhecimento e o surgimento de incapacidades. Muitos idosos assumem a própria idade e tem consciência da noção de finitude, desejando, não o prolongamento artificial da vida, mas sim uma morte digna.

“Mais para o fim da conversa, perguntamos a ela se tinha algum **sonho ou desejo** para a vida. **Ela ficou bastante tempo dizendo que se sentia realizada**; com o passar dos anos, especialmente com a influência da religião, havia aprendido a respeitar os outros e as suas escolhas. Hoje, seguia sua **religião, tinha sua casa e comida e já havia se esforçado muito para sustentar os filhos e se manter, por isso não tinha mais nenhum sonho. Fizemos a pergunta mais algumas vezes, mas ela foi firme em sua resposta. O único desejo que tem é o de não ficar acamada no fim de sua vida**. Passou por isso com sua tia e sua mãe e não deseja isso para ninguém, a **dependência e o sofrimento** para realizar ações básicas. O primeiro fator era o que mais a incomodava, **reclamando, inclusive, de algumas tarefas domésticas que não conseguia realizar mais**, entretanto, gostaria. Isso, junto da artrose e osteoporose, era o maior incômodo”. (Diário de Campo 3, Morro, 2016, grifos nossos).

Como descrito anteriormente, foram realizados seis encontros (quinzenalmente), sendo o último reservado à devolutiva do documento construído (narrativa). Parte importante do processo de construção da narrativa foi a entrega de diários de campos em datas alternadas aos encontros. Adicionalmente, um relatório final também foi elaborado. Este relatório final (referenciado nos trechos) consistiu numa última reflexão dos interlocutores/pesquisadores, pensando no processo como um

todo, tanto em relação à escuta da narradora e à produção do documento, quanto ao vínculo estabelecido com ela, com as supervisões e ao aproveitamento dos textos lidos.

A mídia escolhida para a devolutiva da narrativa de D. Âncora foi um livro com fotos. Foi encadernado e feito com folhas coloridas. As fotos acompanhavam o texto que, dividido em temas estipulados durante os encontros, abordavam os diversos aspectos da vida dela. A religiosidade foi tema recorrente, incluindo algumas rezas que havia contado aos interlocutores.

D. Âncora ficou lisonjeada com o recebimento do livro e sua leitura. Ela já havia participado do processo uma vez, portanto, já tinha conhecimento e experiência de que esse seria o último encontro. Se despediu como agia costumeiramente: alegre, receptiva e conversando.

Considerações finais

No amplo universo da pesquisa participativa e, dentro da complexidade que o trabalho em saúde engloba, vê-se que a construção narrativa se mostra como ferramenta importante.

Percebe-se claramente que a pesquisa-intervenção utilizando narrativas autobiográficas se destaca, também, pelo caráter dialógico. A experiência da narração tem extremo valor, como ressalta Benjamin, sendo imprescindível para que se transmitam culturas e crenças. É apenas por ela, diante do outro, que o narrador/sujeito dá múltiplos sentidos às experiências vividas e, nisso, há o intenso processo de ressignificação, feito a partir do interrogar e do interrogar-se. O trabalho desenvolvido com D. Âncora confirma esse potencial. Em todo o momento o interlocutor/pesquisador questiona sua atuação, bem como sua realidade pessoal, fato que contribui para a trajetória de sua formação na área da saúde (processo complementado pelas supervisões realizadas entre uma visita e outra). Assim, se configura o caráter participativo, em que ambas as partes se deslocam e dialogam.

Ademais, percebe-se na escolha da narradora em repetir a construção narrativa, também feita um ano antes com diferentes interlocutores,

a compreensão de que ela é sujeito da investigação, não objeto. Vê-se nessa decisão, também, sua autonomia em gerir sua vida, buscando práticas que a beneficiam em seu processo visando à saúde.

O contexto e o território do narrador estão inseparavelmente presentes na contação de sua história. Os diários de campo, instrumentos fundamentais para a construção narrativa, mostram claramente isso, ao abordarem histórias sobre a cidade natal de D. Âncora, seu trajeto para o trabalho, sua vinda para Santos, seu acesso a serviços de saúde e sua vizinhança.

A devolutiva marca o “encerramento” do processo, onde interlocutor e narrador compartilham momento essencial onde o produto final (narrativa) é entregue ao narrador, selando de maneira efetiva o vínculo formado bem como a finalização formal do documento produzido de maneira participativa e dialógica.

Torna-se indiscutível, portanto, a aproximação desse trabalho a um atendimento mais humano, em que vínculo e empatia se fazem presentes, onde o sujeito é visto e escutado de forma integral em suas potências de vida: sua moradia, suas redes sociais, seu trabalho, sua fé, seus comportamentos, suas práticas, suas técnicas, suas visões, suas angústias, suas realizações e seus sonhos.

Referências

1. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
2. Esteban MPS. Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições McGraw Hill. São Paulo: Artmed; 2010.
3. Benjamin W. O narrador. In: Textos escolhidos. Seleção de Zeljko Loparic e Otilia B. Fiori Arantes. São Paulo: Abril Cultural; 1975.
4. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002; 19: 20-28.
5. Frauendorf RBS; Pacheco DQ; Chautz GCCB; Prado GVTP. Mais além de uma história: a narrativa como possibilidade de autoformação. Rev educ PUC-Camp. 2016; 21(3): 351-361.

6. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
7. Freire P. *Extensão ou Comunicação*, São Paulo: Paz e Terra; 2014.
8. Freire P. *Pedagogia da Indignação: Cartas pedagógicas e Outros Escritos*. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
9. Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa*. Trad. Manuel Jiménez Redondo. Madrid: Taurus; 1988.
10. Rodgers C. *Defining reflection: another look at Jonh Dewey and reflective thinking*. *Teach Coll Rec*. 2002; 104(4): 842-66.
11. Cunha MI. *Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino*. *Rev Fac Educ*. 1997; 23(1-2).
12. Benjamin W. *Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense; 2012.
13. Souza EC de. *O conhecimento de si: estágio e narrativas de formação de professores*. Rio de Janeiro: DP&A; Salvador: UNEB; 2006.
14. Santos M. *O país distorcido. O Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha; 2002.
15. Lewin K. *Field Theory in Social Science*. London: Tavistock Public; 1952.
16. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*: 53^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2016.

Saber e conhecimento: uma reflexão acerca do Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc)

Anúncia Heloisa Bortoletto Galiego^I
Abílio Costa-Rosa^{II}

Introdução

O presente ensaio é resultado da problematização do lugar ocupado pelo trabalhador intercessor e pelo pesquisador nos processos de produção do conhecimento, na práxis geral, na da Atenção à saúde e na práxis específica da Universidade. Teve início com um processo de intercessão realizado pela psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial que atende sujeitos com impasses decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad II), quando da ocasião de realização do curso de mestrado Estrito Senso numa Universidade pública estadual. Este texto se configura como um desfecho da experiência vivenciada. É o momento em que nos debruçamos sobre o trabalho produzido para problematizar nossa relação com a Universidade e com a produção do conhecimento em sentido mais amplo.

Para contextualizar a construção deste trabalho é preciso retomar alguns elementos que o motivaram, incluindo a trajetória da trabalhado-

-
- I Anúncia Heloisa Bortoletto Galiego. (anunciah@hotmail.com) Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Assis UNESP-Assis, psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas- CAPSad II.
- II Abílio da Costa-Rosa. (abiliocr@assis.unesp.br) Psicanalista e Analista Institucional, Professor Livre-Docente do departamento de Psicologia Clínica da UNESP - Campus de Assis/SP - BR

ra intercessora pesquisadora que, por coerência epistemológica, é assumida como constitutiva do processo de produção do conhecimento. Tendo optado por um curso na área de Ciências Humanas, a Psicologia, a trabalhadora iniciou seu percurso no campo da Saúde Mental por meio dos estágios curriculares da graduação, realizados em um Ambulatório de Saúde Mental e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que atendia sujeitos em grave sofrimento psíquico (CAPS II). Como profissional, concluiu um curso de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde Pública e trabalhou em diferentes estabelecimentos, entre eles, um Hospital Psiquiátrico, uma Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica e, finalmente, um CAPS álcool e outras drogas II (CAPSad II).

Após oito anos de trabalho no campo da Saúde Mental, no entanto, a sensação de estagnação do saber em sua relação com a prática na Atenção à saúde a motivou a iniciar o curso de mestrado. Entre as ofertas disponíveis, a possibilidade de “fazer pesquisa” na Universidade parecia ser a mais eficaz para obter o saber que faltava. O primeiro projeto, enviado como parte do processo de seleção, propunha um estudo sobre a medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Básica, nível de Atenção no qual havia trabalhado recentemente, por meio de uma pesquisa com características quantitativas e qualitativas. No entanto, após a aprovação no processo de seleção, as discussões com o orientador reconfiguraram esta proposta. Interceptando a *transferência de saber*¹ que estava sendo feita à Universidade e à realização de uma pesquisa “sobre” o uso de psicofármacos na Atenção Básica – ou seja, um trabalho comum de pesquisador junto a um contexto a ser investigado – o orientador propôs a produção do conhecimento a partir do Dispositivo Intercessor (DI). A proposta era a de que a trabalhadora iniciasse um processo de relação com o próprio trabalho, no qual empreenderia uma formação tomando como ponte de partida as necessidades do trabalho:

[...] para a práxis, aprendendo com, e para, as exigências teóricas dela, compreendendo que não há prática sem saber correspondente capaz de responder satisfatoriamente à sua complexidade; com isso mudando a ação e a concepção daquilo que são os ‘técnicos’, e interferindo na primeira forma da divisão técnica,

parcelada, do trabalho, que está manifesta em *'fazer versus pensar/saber'*².

Apenas num segundo momento, a experiência vivenciada no trabalho de intercessão serviria para uma reflexão, neste caso, dirigida também à Universidade e à instrumentalização/formação de outros trabalhadores, possíveis intercessores.

Neste momento, em que o DI se desdobra no Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc), o que se faz é produzir um *conhecimento* sobre como se deu o processo de produção do *saber* na práxis. Ou seja, o conhecimento é um saber sobre como “ajudar a saber”. É também um saber sobre os modos de interceder na práxis de um coletivo pelos trabalhadores, e que pode se constituir em um guia para a ação de outros trabalhadores que possam ir tornando-se intercessores². Há, então, um saber inerente à prática que precisa ser reapropriado pelos sujeitos que dela participam e um saber do intercessor acerca da sua forma de operar no campo da práxis social de que se trate, para que esse campo se movimente, ou para que o trabalhador implemente os movimentos na direção de uma ética determinada e especificada³.

Podemos designar a intercessão realizada na instituição, como o processo colocado em curso por um agente posicionado como trabalhador intercessor num campo onde seu papel será o de contribuir para o fortalecimento dos processos *institucionais instituintes*, por meio de uma postura que impulse a atitude criativa e questionadora.

O DI inicialmente é sistematizado por Costa-Rosa² a partir das contribuições advindas da Psicanálise do campo de Freud e Lacan, do Materialismo Histórico de Marx, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e do conceito de intercessores da Filosofia de Deleuze. Portanto, trata-se de uma postura que se distancia claramente daquela ocupada pelo pesquisador comum na pesquisa clássica.

Por meio do DI, questiona-se a divisão social do trabalho no Modo Capitalista de Produção (MCP), que tem efeitos diretos na formação acadêmica e na produção do conhecimento, expressos na cisão entre os que fazem/executam e os que sabem/pensam. Portanto, busca-se promover uma reaproximação entre saber e prática; reaproximação que incida nas

práticas da Atenção, e que tenha ressonâncias também no campo da Universidade^{2, 4, 5, 6}.

É importante sinalizar que o desejo de produzir um saber que respondesse às inquietações resultantes da prática de trabalhadora na Saúde Mental Coletiva (e que levou a trabalhadora, futura intercessora, de volta à Universidade), pode ser compreendido como uma variante do laço social/Modo de Produção Discurso do Sujeito ou da Histeria (DH)⁷, dado que aí são *interrogados e questionados* os saberes/conhecimentos produzidos na Universidade, visando sua possível ampliação.

Ao passo que a proposta de produzir um saber “sobre” o uso de psicofármacos na Atenção Básica, apontava para a aposta na produção do saber dentro de um Modo de Produção que é homólogo ao laço social Discurso Universitário (DU).

Segundo Lacan⁷, há em todo o discurso como laço social, uma estrutura necessária que ultrapassa a palavra e que se mantém como organizadora das relações, marcando os lugares e as formas de ação dos agentes. Segundo Lacan,

[...] mediante o instrumento da linguagem, instaura-se certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas [enunciados]. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais.⁷

As quatro estruturas de discurso, sistematizadas por ele, são derivadas da forma como se organizam os elementos fundamentais que as constituem, o que resulta em diferentes formas de operar nas relações com o saber quanto ao seu uso e produção : Discurso do Mestre (DM), Discurso da Universidade (DU), Discurso do sujeito ou da Histeria. (DH) e Discurso do Analista (DA).

O Discurso do Mestre (DM)^{III} sustenta saberes universalizantes, que recusam a subjetividade do autor ou do sujeito/grupo a quem esse saber se dirige. Ele opera com significantes mais estáticos, chamados significantes mestres (S1) em sua relação com o saber (S2) que já está articulado, opera sobre um sujeito trabalhador, tomando-o como objeto (a) e, portanto, acaba tendo função silenciadora do sujeito (\$).

O Discurso Universitário (DU)^{IV} se dedica a “recolher e transmitir o saber, compreendido como informação organizada, capitalizada cumulativa”⁸, constituindo obstáculo a todo saber que não se enquadre nestes moldes. Esse saber (S2) toma ao *outro* como objeto (a), para produzir um saber “sobre” ele; porém, ao ignorar que o outro e ele próprio são sujeitos como os demais, de fato produz sujeitos divididos, dilacerados (\$), e trabalha pela construção e manutenção do “saber para sempre sabido”, enciclopédico, na constituição de uma tirania do saber científico, ignorando que há de fato um saber (S1) e também deve haver quem o produz.

O DS/DH é o que escapa ou procura escapar ao saber constituído, aquele que se apresenta ao saber universalizante, saber do mestre, para interpelá-lo com questionamentos. Ele visa produzir, extrair saber que

III Discursos como laços sociais e Modos de produção. Os Discursos ou Laços Sociais são estruturas de quatro lugares: o lugar de *agente* (em cima, à esquerda), o lugar do *outro ou do trabalho* (em cima, à direita), o lugar da produção ou do trabalho (embaixo, à direita) e o lugar da verdade, ou lugar de onde emanam os objetivos da produção; esses elementos estão organizados por fluxos de poder e comando, que são indicados por flechas, como veremos. O Discurso do Mestre é um dos modos de produção de saber (é um laço social) elucidados por Lacan para analisar as relações sociais. No DM, tal como nos outros modos de produção de saber e conhecimento há um *agente* que faz trabalhar a um *outro* para a produção de algo, do qual quem se apropria de fato é o *agente* e não o *outro* trabalhador, fazendo ignorar que há uma verdade nesse processo de produção. Ou seja, há um objetivo amplo que faz movimentar esse processo de produção, que é ou pode ser ignorado por seus agentes. Lacan nomeia cada um desses elementos por letras, que constituem aquilo que se chama matemas no referencial do campo de Freud e Lacan. Desse modo o agente (S1), agencia um trabalhador (S2), para a produção de um valor (valor-a-mais ou mais-valia) (a), com base em uma verdade ou objetivo para toda essa produção (\$). Há setas que indicam o sentido dos fluxos e movimentos, cujo início lógico é sempre o lugar da verdade ou o objetivo da produção: DU: $\uparrow S1/\$ \rightarrow S2/a \downarrow$ ou

$$\begin{array}{ccc} S1 & \rightarrow & S2 \\ \uparrow & & \downarrow \\ \$ & & a \end{array}$$

A seta horizontal inferior indica uma tendência de impossibilidade de o agente *atingir cabalmente* seus fins, o que no caso do DM implicara em sérias consequências de ameaça de extinção de todo o sistema. Se aplicássemos o DM à análise do Modo Capitalista de Produção (MCP), veríamos que atingir cabalmente o objetivo da produção seria equivalente a atingir a mais valia máxima, o que implicaria na paralisia do sistema, na parada da produção, e na morte do trabalho, por exemplo.

IV No DU: $S2/S1 \rightarrow a/\$,$ o significante mestre, mestre “verdadeiro” (estatuto de devir sentido) é representado por um saber organizado (S2), dirigindo-se a um *outro* (S1) como objeto de aprendizado, e também de pesquisa (a), ignorando) o fato de que todos são sujeitos divididos (\$) – essa é a verdade desse laço social; quanto às setas que indicam os fluxos de poder e comando, elas estão nos mesmos lugares que estão no DM.

é suposto como sabido no mestre (S1); Freud viu os clássicos objetores desse saber de mestre nos próprios histéricos, já que eles interrogam ao mestre cientes de que ele de fato não tem nem pode ter o saber de que eles precisam para dar conta de seus impasses inconscientes, (à frente o D\$/DH será melhor explicado).

Por último, o DA, coloca o saber de mestre em suspenso – esse papel caber ao analista (a) para fazer emergir o saber do sujeito que trabalha (\$); o saber que este sujeito produz (saber que só ele pode produzir) é um saber singular, por excelência (S1). Só esse saber (S!) é capaz de ampliar as cadeias de saber e sentido (S2) que podem dar conta dos impasses sintomáticos para um sujeito particular, ou do irreduzível da experiência para um coletivo de trabalho. Pode-se dizer que tal saber (S1) é um saber subjetivante, diferente daquilo que se pode dizer dos demais discursos, pois veremos que nesse *laço social de produção* é o sujeito que trabalha, inclusive em sua própria cura no caso dos impasses relacionados com a saúde; é um saber “colocado”, elevado ao lugar de trabalho^{7, 8}.

Quinet⁹ dá-nos alguns exemplos, que adjetivam, como caricaturais, mas que podem ser bastante esclarecedores da forma como operam os discursos como modos sociais de produção:

[...] Quando o médico manda e o paciente obedece (até na prescrição de um remédio), estamos no discurso do mestre; quando o médico ensina ou convence o paciente do que a psiquiatria tem a dizer sobre seu caso, ele se encontra no discurso da universidade; quando o médico cala e, ocupando o lugar de objeto causa de desejo em transferência, faz o paciente segredar aquilo que ele mesmo nem sabia que sabia, vemos a emergência do discurso do analista. E, quando o médico se vê impulsionado a se deter, a estudar e a escrever para produzir um saber provocado pelo caso do paciente, estamos no discurso histórico.⁹

De fato, sabemos que quando o médico se coloca a trabalhar no DS/DM ele procura produzir o saber que seria capaz de dar conta de fazer com que o outro deixasse de sofrer; o que a histeria tem demonstrado claramente ao longo de séculos é que isso é impossível, pois o saber capaz de dar conta do sofrimento psíquico só poderá ser produzido pelo

próprio sujeito que sofre (nos casos da saúde em sentido mais geral, o sujeito também deve ser necessariamente incluído). A psiquiatria contemporânea opera com a pretensão de que o fármaco seja esse saber de que o sujeito carece; por isso toma ao sujeito como um corpo que sobre e pensa que sua função é livra-lo desse sofrimento.

Portanto, quando se tratar de operar na produção do saber na pesquisa, DImpc, veremos que o trabalhador intercessor operará no Discurso do Sujeito ou Discurso da Histeria (DS/DH)^V, como se fosse um sujeito qualquer como agente (\$) a trabalhar na produção do saber que se mostra necessário para ele; nesse caso o saber produzido até então teria se mostrado limitado para dar conta da dimensão do *Real* (a realidade do inconsciente ou o irredutível da experiência) que está em jogo. Justamente tratar-se-á de questionar o saber sabido, estabelecido na teoria até àquele momento (S1) (teoria considerada “enciclopédia do saber”); e a partir daí acrescentar o saber novo (S2), que é capaz de aumentar as possibilidades de lidar com o irredutível da experiência (a).

Portanto, quando o médico é impulsionado a produzir um saber sobre o “enigma” que um caso novo lhe apresenta, vai depender muito do laço social, ou seja, do *modo de produção de teoria ou de saber*, em que ele opere. Um médico comum irá para o DM, o psicanalista vai para o DH, do mesmo modo que o psiquiatra da Atenção Psicossocial deverá ir. Veremos que é desse modo que operará o trabalhador intercessor pesquisador, portanto, no momento do DImpc.

Quando se trata de um trabalhador intercessor, tal como se trataria do Psicanalista, ele deverá deixar o *outro* trabalhar, para que ele possa produzir o saber que lhe falta para dar conta do sintoma, aumentando seu manancial de saber e sentido (daí que, como veremos, ele não pode operar fora da transferência; isso foi o que Freud percebeu logo ao início de seu trabalho com os sujeitos da experiência). Deveremos notar que a demanda de saber e sentido novos é aquilo que faz movimentar o “modo de produção” D\$/DH.

V No D\$/DH: $\$ \rightarrow S1 // S2 \rightarrow a$. O sujeito (\$), colocado na posição de agente, trabalha para modificar ou ampliar o saber(S1); para a *produção* de um novo saber (S2), saber que permita que melhor se aborde a *realidade* de que se trate (a), seja a produção de um saber novo para um determinado sujeito que sofra de seus sintomas, ou para um trabalhador que precisa melhor compreender sua realidade (realidade para a qual o saber produzido até então tenha se demonstrado insuficiente ou inadequado).

Portanto, para operar a partir da ética do DI, o trabalhador intercessor pesquisador deverá estar situado ao menos no Discurso do Sujeito ou da Histeria, condição indispensável para que haja a possibilidade de instaurar no campo *processos de produção de saberes singulares*, que façam frente à reprodução dos saberes colonizadores e bancários.^{7, 10, 11}.

Em síntese, no Dispositivo Intercessor, a pergunta pelo conhecimento necessário em cada situação, supõe a resposta às questões sobre o saber, e aos modos do processo de sua produção e aplicação nos diferentes âmbitos da práxis.

De que saber se trata na práxis de intercessão?

Quando o trabalhador opera na práxis com a função de “*um a mais*”^{VI} como os demais, trata-se do saber do trabalhador sobre a práxis (ou de qualquer outro agente da práxis; e do saber dos sujeitos da práxis e na práxis).

Quando o trabalhador opera com a função de “*mais um*”, trata-se do saber do trabalhador intercessor – um saber equivalente à “ignorância douda” do psicanalista –, ou seja, trata-se de um saber que opera a partir da hipótese de que não se pode saber pelo *outro*.

Mas o trabalhador intercessor pode saber ajudar o outro a saber como interceder no processo de produção do saber da/na práxis. É neste ponto que se dá a introdução do trabalhador intercessor pesquisador, portanto no DI_{mpc}; tanto em qualquer práxis, como na práxis específica da Universidade.

Da Universidade organizada nos modos de produção Discurso Universitário (DU) e Discurso do Mestre (DM), passa-se, no Dispositivo Intercessor, a uma práxis junto à Universidade capaz de se orga-

VI Saber em intenção e saber em extensão são modalidades do saber com as quais essa psicanálise opera. O saber em extensão diz respeito ao saber, no caso inconsciente, ou saber que é parte do não-sabido sobre o irredutível da experiência, de que os sujeitos lançam mão para poderem dar conta de seus impasses sintomáticos ou outros. O saber da extensão, originariamente diz respeito ao saber sobre o campo da psicanálise – aquele que Lacan também chamou de ignorância douda – no caso do Dispositivo Intercessor corresponderá ao saber pertinente ao DI_{mpc}, ou seja, ao saber propriamente epistemológico; saber que temos nomeado como um saber que saber ajudar o outro a saber sobre si próprio ou sobre sua própria experiência. Desse saber Freud também dizia que era um saber que ele tinha inventado a fim de ajudar os pacientes a saberem.

nizar nos modos de produção Discurso do Sujeito (DS) e no Discurso do Analista (DA)^{VII}.

No Dispositivo Intercessor (DI) está em ação a determinação ético-política de superação das divisões saber-fazer, aprender-aplicar, pesquisar-transformar, etc.

Considerações sobre a produção do conhecimento na atualidade e sobre o Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc)

A produção do conhecimento na forma mais comum que encontramos na Universidade, se alicerça numa supremacia do saber do pesquisador sobre o objeto pesquisado e, por consequência, isso reforça a ideia de uma supremacia da Universidade na produção de saber em relação aos contextos onde se produz qualquer ação como, por exemplo, a Atenção ao sofrimento psíquico. Segundo Martini⁴, os trabalhadores “devem atentar para a posição que, de maneira geral, ocupam de reprodutores dos conhecimentos que são criados e acumulados em situações potencialmente diferentes daquelas vividas em sua realidade”. Neste caso, o interlocutor na práxis da Atenção pode se tornar um recebedor de saberes-complemento, um mero “hospedeiro” do conhecimento¹², numa relação com o saber que recebe as marcas do laço social Discurso Universitário.

Boaventura de Souza Santos, ao discutir a transição paradigmática em curso na Ciência, aponta que o conhecimento científico da modernidade é marcado pelas amarras do positivismo e por uma forma totalitária de produção do saber, que não reconhece como válidos os saberes

VII No DA, o analista ou o trabalhador intercessor, atuando na práxis imediata ficam na posição do agente como semblante de saber (a) - na transferência eles desempenham o lugar do Sujeito Suposto ao Saber para o sujeito do inconsciente; por sua vez o sujeito (\$) ocupa o lugar do trabalho, aí, portanto, ele trabalha para produzir o sentido novo (S1), que poderá aumentar sua cadeia de sentido (S2), a fim de que ela inclua, a partir daí, novos saberes que possam de fato melhor dar conta de seus impasses. O mesmo, com variações importantes vale para um grupo de indivíduos, ou mesmo para uma determinada instituição. Nessa caso o aumento das cadeias de S2 para um coletivo servirá para aumentar a possibilidade junto ao Real da situação - aquilo que já conhecemos como irredutível da experiência. Talvez se compreenda porque no DA, S2 fica no lugar da verdade (à esquerda, embaixo); esta, porém, só pode ser não-toda. Dizendo em outros termos, por mais que os sujeitos saibam, e é importante que possam aumentar seu saber, eles nunca poderão ter um saber acabado, totalmente final, essa é uma das razões pelas quais falamos em Real, ou irredutível da experiência.

produzidos fora de seus domínios ou de seus princípios metodológicos e epistemológicos. Por se pretender universalizante, aposta na construção de verdades que, construídas dentro de certos “parâmetros de cientificidade”, possam ser generalizadas e sirvam para todos os públicos, de forma que o conhecimento produzido possa ser reproduzido em contextos distintos, sem maiores pudores, ou seja, universaliza o modo de produção do saber, e pretende o mesmo dos efeitos de sua aplicação. O autor afirma que, nesta fase de transição paradigmática, fazem-se necessários questionamentos acerca do papel que o conhecimento científico acumulado tem no “enriquecimento ou no empobrecimento de nossas vidas”¹³. O autor pondera, ainda, que a transição paradigmática, a transição entre os diferentes modos de produção de saber é necessariamente “epistemológica e societal”, já que o paradigma emergente não pode ser apenas científico, ele deve ser também social: “Formas alternativas de conhecimento geram práticas sociais alternativas e vice-versa”¹⁰.

As discussões em torno do pensamento da Complexidade,^{10, 14} vêm contribuindo para que, nas práticas de produção de conhecimento, ainda bastante centradas na Universidade, organizada predominantemente conforme aos modos de produção Discurso Universitário e Discurso do Mestre; e nas práticas de produção da Saúde também organizadas nessa lógica. Isso tem permitido que se travem questionamentos acerca do reducionismo presente na fragmentação do campo do saber e das práticas em especialismos; e para que seja problematizado o distanciamento operado entre *saber e fazer*, decorrente da divisão do trabalho típica do MCP².

Costa-Rosa² afirma que a divisão social do trabalho no MCP e a cisão entre saber e fazer é atualizada na Universidade mediante a produção de intelectuais, produtores do conhecimento, para a Universidade, e de técnicos/trabalhadores, reprodutores de saberes e técnicas colocadas à disposição pelos primeiros, para a prática da Atenção, por exemplo. A cisão entre os que sabem e os que fazem é reafirmada, também, na forma de produção de conhecimento a que geralmente se tem acesso nos cursos de mestrado e doutorado (Discurso Universitário, Discurso do Mestre, e Discurso da Ciência que é corolário dos dois anteriores). Mesmo nas pesquisas ditas qualitativas, onde o esforço em desfazer a cisão sujeito/objeto, a neutralidade do pesquisador frente ao contexto pesquisado é, em

geral, bastante presente. O que se faz é produzir um saber “sobre”, ou seja, um saber de especialista sobre o “objeto”, no caso, os estabelecimentos da Atenção e suas práticas, ou mesmo sobre os sujeitos do sofrimento.

A proposta desta “pesquisa”, tal qual foi se redefinindo, a partir do projeto inicial, foi mostrando que, para que seja possível a construção de saberes emancipatórios¹⁰, que tenham como meta a prática da liberdade¹¹; e que permitam repensar o pensamento¹⁴, e permitam a superação da divisão saber-fazer, é necessário que as formas de produção e transmissão do conhecimento, disponíveis na Universidade, sejam questionadas; e que sejam fortalecidas as iniciativas que apostam na potencialização da capacidade dos grupos, em seus diferentes âmbitos de ação, de lidarem com os problemas e impasses que vivenciam, transformando-os em enigmas, cujas soluções não sejam buscadas apenas nos saberes já constituídos, e disponibilizados nas “bibliotecas”, ou em vias de serem realizados pelos “intelectuais” na Universidade. É preciso apostar na possibilidade da produção de saber singular pelos próprios sujeitos da práxis.

Esse é um dos objetivos imediatos do trabalhador intercessor e do intercessor pesquisador definidos e postos em ação pelo Dispositivo Intercessor (DI). É preciso criar as condições para a possibilidade concreta de produção do próprio grupo. Ora, isso exige fazer passar pelo exame crítico, a configuração do processo de produção e suas modalizações no âmbito produtivo específico no qual se vive e atua; a começar pelos processos de produção mais básicos da vida cotidiana.

No âmbito específico da práxis que estamos pondo em análise sabe-se que muitos trabalhadores se lançam em buscas intermináveis por títulos e certificados, utilizando-se dos cursos disponibilizados pelas Universidades e Institutos de Educação disponíveis por todo o país, inclusive por meios eletrônicos. Porém, no cotidiano da Atenção Psicossocial junto aos sujeitos do sofrimento e seus impasses, por exemplo, é visível a dificuldade de articular o conhecimento atestado nos currículos com uma capacidade crítica e uma atitude transformadora das práticas realizadas.

A dicotomização na prática da Universidade (e em seu processo de produção) implica, nos casos mais graves, na cisão entre fazer e saber, e contribui para a formação de trabalhadores que não pensam os impasses da práxis cotidiana, e que só podem atuar como hospedeiros do conhe-

cimento¹² produzido pelos intelectuais/acadêmicos. Quando se trata da formação de intelectuais, sem que tenham experienciado propriamente o fazer na práxis da Atenção, neste caso, corre-se o risco de que acabem por produzir o conhecimento descolado de uma prática que o sustente, consolidando um saber de especialismo que caracteriza as disciplinas em sentido estrito, ou seja, é um saber disciplinar, que se define pela presença de um sujeito e um objeto bem delimitados².

Essa relação de supremacia e, portanto, de dominação do saber da Universidade em seu modo de produção DU e DM, em relação ao saber da práxis, contribui para a reprodução das relações sociais instituídas da produção da lógica do Modo Capitalista de Produção¹⁵. Nessas circunstâncias, os trabalhadores da Atenção Psicossocial, por exemplo, ainda que se aventurem a participar dos cursos de atualização, capacitação, e mesmo de mestrado ou doutorado comumente oferecidos pela Universidade Pública, não têm qualquer garantia da possibilidade de escaparem ao lugar de receptores de saberes e reprodutores de técnicas que, em geral, não contribuem de fato para a retomada da capacidade crítica da práxis; portanto, de transformação de seus modos instituídos comuns (nesse caso da Atenção Psicossocial trata-se do modo de produção Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador).

O Dispositivo Intercessor como modo de produção de conhecimento

O Dispositivo Intercessor como modo de produção do conhecimento se coloca neste campo como oferta de possibilidades de inserção na práxis de produção de conhecimento e de *trabalhadores intercessores pesquisadores* capazes de realizarem os processos de produção de modo alternativo ao modelo positivista. O DImpc propõe um salto para fora do Discurso Universitário(DU) e Discurso do Mestre (DM), subvertendo a cisão entre *saber e fazer*, e rompendo com as categorias de sujeito e objeto, tão caras à versão dominante da ciência característica da atualidade definida como hipermodernidade^{2, 4, 10}.

Santos¹⁰ pondera que a distinção entre sujeito e objeto, característica marcante da produção científica da modernidade é “feita de cumplicidades não reconhecidas” e não passa de uma ilusão. Trata-se de uma formalização que, pretensamente, estabelece o controle do primeiro sobre o segundo, firmando uma soberania do sujeito/pesquisador sobre o objeto estudado. Essa cisão é o terreno fértil sobre o qual se alastra o saber colonizador, fundado na *ignorância da ressonância necessária* entre os dois entes, e na “incapacidade de estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto”¹⁰.

No DI e DImpc, a proposta não é apenas produzir “mudanças” na relação sujeito-objeto, mas trabalhar para superar essa cisão e abolir a noção de sujeito de pesquisa, tomado como objeto sobre o qual se produziria o conhecimento, inclusive naqueles casos em que ele é convocado como coadjuvante dessa produção (pesquisa ação e pesquisa intervenção). No momento “um” do DI, ou seja, o momento da intercessão na práxis da Atenção, por exemplo, todas as pessoas, trabalhadores ou sujeitos dos impasses, são considerados sujeitos protagonistas da produção do saber e das transformações necessárias à solução das questões que surgem no campo. É colocada em curso a construção de saberes com e “para” e não saberes “sobre”: na intercessão na práxis da Atenção, por exemplo, são realizadas ações “com” os sujeitos da práxis, que visam a contribuir na produção de um saber, que inclua o não-sabido, e que sirva “para” aquele coletivo. Ao inserir-se em determinado contexto, o trabalhador intercessor deve contribuir para dar passagem, dar voz ao que já está em curso no Estabelecimento institucional, ele deve fazer operar posições intercessoras planejadas/construídas,^{2, 4, 5, 6} fazendo frente à paralisação que caracteriza a busca da construção de um saber “sobre”¹⁶.

No momento “dois” do DI, no DImpc, a vivência da práxis é retomada para um diálogo crítico entre os modos dominantes de produção do saber, ou seja, entre o saber já produzido e a produção de novos conhecimentos que possam contribuir para instrumentalizar outros sujeitos – novos trabalhadores intercessores – em novos processos de intercessão. Assim, o conhecimento produzido conjuntamente no campo de intercessão tem uma consistência e um estatuto distintos daquele produzido no segundo momento, do DImpc. O primeiro deve servir à práxis em

questão; o segundo deve servir para a intercessão no campo da produção do conhecimento – neste caso a Universidade –, e não poderá ser tomado apenas como um complemento do saber da práxis.

Podemos afirmar, então, que o que se faz no DImpc é também uma intercessão mas, agora, fundamentalmente visando o campo da produção da Universidade.^{2, 4, 5, 6} Aqui cabe o paralelo com a reflexão epistemológica realizada por Lacan no contexto definido como psicanálise em extensão (fora do contato com os sujeitos do sofrimento, ou fora da práxis imediata em qualquer contexto institucional, por exemplo), no qual a ignorância *douta* (um saber que sabe que seu limite é não poder saber pelo Outro), isto é, o saber do trabalhador intercessor pesquisador pode desempenhar um importante papel; embora não o saber da práxis em sentido amplo – na realidade, como diz Lacan a propósito de uma parte do trabalho de Freud, trata-se de lidar com um saber cuja função é ajudar o outro a saber.

Convém insistir na elucidação do fato de que é na interlocução com o “saber-sabido”, produzindo o saber nos moldes daquilo que a psicanálise do campo de Freud e Lacan nomeia como “*ignorância douta*”, que a intercessão na Universidade e a instrumentação de outros intercessores opera. Podemos pensar a *ignorância douta* como uma tática que exige o compromisso inarredável com a produção do saber singular: “[...] é um convite não apenas à prudência, mas também à humildade, um convite a se precaver contra o que seria a posição de um saber absoluto [...]”.¹⁷ É, portanto, uma forma de neutralizar o saber colonizador, de “mestre”.³

Não se trata, portanto, de um estado de negação do conhecimento prévio; trata-se de dar a ele seu devido lugar: fonte na qual se busca elementos para operar, produzindo saberes singulares,^{2, 4, 5, 6} construindo novas possibilidades emancipatórias¹⁰.

Quanto a este segundo momento (DImpc), da intercessão no saber da Universidade ou do tipo universitário, podemos dizer que ele: 1) incide produzindo conhecimento, de forma alternativa, e por uma espécie de infiltração do trabalhador intercessor nas brechas abertas no modo de produção dominante, ou seja, utilizando-se de um modo de produção que rompe com o Discurso Universitário (DU) e com a cisão saber-fazer; 2) este saber incide intercedendo a partir de seus efeitos, portanto, da formação trabalhadores que possam tornar-se produtores de conhecimen-

to, e que operem na lógica da *intercessão-pesquisa* (e não na da *pesquisa-intercessão*, ou na lógica da *psquiação*, da *pesquisa participante* ou *pesquisa-intervenção*); 3) esse saber também incide produzindo efeitos-demonstração, que sirvam para persuadir, se for necessário, e também para instrumentalizar outros trabalhadores intercessores.

Para que intercessão realizada na práxis da atenção, por exemplo, possa ser utilizada como matéria prima da produção do saber de estatuto propriamente epistemológico, o diário do campo da intercessão, utilizado num primeiro momento para ajudar a pensar a práxis e a delinear o posicionamento do trabalhador intercessor, poderá ser retomado pelo trabalhador intercessor, agora na posição específica de trabalhador “pesquisador”. É importante esclarecer que no *diário* deve ser anotado apenas o material que sirva para a reflexão acerca do campo e de seus movimentos (no momento DI) – e é claro que esse diário é de total acesso a qualquer agente da práxis. Esses “dados” também devem possibilitar qualificar a intercessão como tal, já que nesta proposta metodológica ação e reflexão devem caminhar juntas: o Dispositivo Intercessor “é feito em ato.”⁴ Assim,

[...] os dados contidos [no diário de intercessão] não podem ser usados por um terceiro, mas servem para o intercessor recuperar na memória sua experiência vivida. Neste sentido o diário de campo não tem a função de ser um instrumento de pesquisa, sua função é ser um instrumento de intercessão. Apenas secundariamente serve à produção de conhecimento.⁵

Então, ao retomar suas anotações, o trabalhador intercessor deve ter clareza de que a experiência vivenciada na práxis não deve ser “coformada” ao conhecimento prévio, ela deve ser “confrontada” com ele, com o intuito de abrir novos campos de discussão. Neste sentido, a produção do DImpc deve funcionar de forma correlata ao “saber da extensão”, ou seja, é um *saber/(conhecimento)* que sabe sobre os processos de produção de *saber* na práxis – tal como tem sido formulado pela psicanálise do campo de Freud e Lacan, contribuindo para a ampliação do corpus teórico que dá sustentação às ações de intercessão no campo da práxis.⁴

Outro esclarecimento necessário neste momento insiste em é que o trabalhador intercessor não precisa estar ligado a uma Instituição de Ensino ou a uma pesquisa científica para que possa se colocar no campo. Aliás, no caso daqueles que estão apenas na Universidade, para que eles possam operar a partir do Dispositivo Intercessor eles terão, inicialmente, que se colocar na práxis, como “*um a mais*”, ou seja, terão que ir lá e trabalhar junto para, só após isso, se deslocarem, para o lugar de trabalhadores intercessores. Podemos dizer então, que

[...] o DI e o DImpc sintonizam com a tripla função da Universidade: assistência, ensino e pesquisa, e são capazes de propor uma articulação complexa dessa tripla função, colocando a Universidade no patamar mais alto de sua responsabilidade social neste momento histórico, e permitindo que ela se (re)conecte para valer com aspectos fundamentais da Demanda Social – recalcados – que deram origem à Universidade; ou seja, são os interesses socialmente subordinados no Processo de Estratégia de Hegemonia neste contexto e momento históricos [...].²

É necessário insistir nessa característica fundamental do DI/DImpc: seu objetivo é a construção de saberes/(conhecimento) “para” e não “sobre”, ou seja, na intercessão que se dá na práxis da Atenção, por exemplo, são propostas ações “com” os sujeitos da práxis, ações que visam contribuir na produção de um saber que inclua o não-sabido, e que sirva “para” aquele coletivo (de fato não é uma saber “sobre” ele).

O estatuto do saber

O estatuto do saber produzido conjuntamente no campo de intercessão (DI) tem uma consistência e um estatuto epistemológico distintos do saber/conhecimento que é produzido no segundo momento, do DImpc. O primeiro deve servir à práxis de que se trate; o segundo deve servir para fazer um diálogo crítico com os modos dominantes de produção de saber da universidade e “para” instrumentalizar outros intercessores.

Convém insistir sobre este último aspecto: trata-se de um saber sobre os processos de produção do saber na práxis (um saber que sabe que não deve saber sobre, tão pouco saber por. Comumente na ciência esse saber é designado, apenas ou quase exclusivamente, aos especialistas em produção conhecimento: os intelectuais, na Universidade. No DI os agentes podem e devem se deslocar e ocupar diferentes planos da produção do saber – tanto do saber da/na práxis, quanto no plano do *saber sobre como se pode saber* ou como se deve produzir saber na práxis.

O que define o resultado de uma ação de intercessão é o próprio movimento; e o intercessor, ao inserir-se em determinado contexto deve contribuir para dar passagem; dar voz ao que já está em curso no estabelecimento institucional, ele deve fazer operar posições intercessoras planejadas/construídas. Outro modo de dizer, neste momento, ele passa da posição de *um a mais* como os demais, à posição de *mais um*, isto é, a uma posição que opera diferentemente da dos demais, naquele momento.

Na experiência vivenciada pela trabalhadora intercessora pesquisadora, buscou-se interceder em questões identificadas no cotidiano do estabelecimento e que apontavam dificuldades do grupo de trabalhadores em superar a reprodução automática de normas estabelecidas, ou de saberes que, mesmo já não fazendo mais sentido naquele contexto, continuavam sendo reproduzidos. O seu papel foi dar visibilidade a movimentos identificados no campo, fazendo apontamentos, questionamentos, e incitando os sujeitos a (re)tomarem o interesse pela problematização crítica da prática cotidiana. Nesse sentido, o desenrolar da intercessão esteve sujeito às possibilidades e resistências do grupo. Portanto em nenhum momento houve o trabalho comum de um pesquisador, junto a sujeitos de pesquisa.

As respostas para os impasses que surgem no cotidiano da Atenção, na perspectiva dos intercessores, devem abarcar o saber produzido e acumulado pela ciência, porém, não mais para reproduzi-lo acriticamente: ele deve ser questionado e ampliado para que possa responder às questões singulares do campo. A ética do DI exige que a reflexão acerca dos impasses surgidos no cotidiano da Atenção, e a construção das respostas a estes impasses seja levada a cabo pelos sujeitos diretamente aí implicados.

É importante salientar, ainda, que a finalização do trabalho de uma intercessão não se dá com a apresentação de dados, com a elaboração de relatórios que pretensamente poderiam falar das verdades do contexto onde ela se processou, ou servir para ensinar os trabalhadores como eles devem conduzir o seu processo de trabalho na práxis da Atenção. As funções do intercessor e da intercessão se processam no campo e lá se encerram. O saber da ordem do não-sabido, ou do irreduzível da experiência também é um saber que não se escreve nos livros; escreve-se, como tal, na própria experiência vivida.

No DImpc, o que se faz é produzir um conhecimento que sirva para orientar outros sujeitos (possíveis trabalhadores intercessores pesquisadores), tanto na práxis cotidiana geral, quanto na práxis dita acadêmica^{2,4,5}.

Onde está e o que é o conhecimento?

Centremos a análise da questão *onde está o conhecimento?* Na práxis particular da Universidade (correspondente DImpc).

Quanto a este segundo momento, da intercessão no processo de produção da Universidade, reafirmamos que a função intercessora incide: 1) produzindo conhecimento, de forma alternativa ao conhecimento produzido pela Ciência, e por uma espécie de infiltração do trabalhador (intercessor) nas brechas abertas no Modo de Produção dominante, ou seja, utilizando-se de um modo de produção que visa romper com o Discurso Universitário e com o Discurso do Mestre e romper com a cisão saber-fazer típicas da Ciência e do Modo Capitalista de Produção (MCP); 2) intercedendo a partir de seus efeitos, portanto, visando à formação de produtores de conhecimento, e de saber, capazes de operar na lógica da *intercessão-pesquisa*; e de trabalhadores intercessores; ou seja, na produção de agentes concretos, de trabalhadores para a transformação institucional.

Essas duas possibilidades, aparentemente diferentes, são potencialmente uma só; a sua atualização, entretanto, não pode ser concebida em abstrato – ela é particularmente concreta, plenamente aceitável como

particularidade concreta decorrente da infiltração como tática, para se atingir a ética ampla a que a *intercessão pesquisa* visa.

Dito em outros termos, ela é uma tática absolutamente necessária para se alcançar a estratégia visada pelo trabalhador intercessor e pela intercessão pesquisa. É uma tática necessária para se caminhar na direção da superação da cisão entre trabalho braçal e trabalho intelectual – superação da cisão *saber-fazer* que caracteriza a Ciência atual e o Modo Capitalista de Produção (MCP); 3) a função intercessora age também produzindo efeitos-demonstração, que sirvam para ampliar a *representação social* das diferentes possibilidades de produção possíveis no campo social, e dos efeitos produtivos da Universidade como Formação Social; seus efeitos-demonstração também podem conclamar, demover, outros trabalhadores a se instrumentalizarem para operarem como trabalhadores intercessores junto às instituições de que participam.

Síntese deste aspecto (como se dá a produção de saber nos dois âmbitos do DI e no DImpc)

O Dispositivo Intercessor na práxis em geral:

No Dispositivo Intercessor, o Discurso da Universidade e o Discurso do Mestre – na práxis em geral – preveem a presença de médicos, psicólogos, e outros especialistas.

No Discurso do Sujeito (DH/DS) e no Discurso do Analista (DA) prevê a presença de trabalhadores intercessores interdisciplinares e transdisciplinares, o sujeitos diversos com diferentes impasses. Todos eles, cada um a seu modo, vão construindo o *saber* que é capaz de dar conta desses impasses. No DS/DH haveria algo como um guia para a ação nos moldes DImpc.

O DI/DIimpc – na práxis da Universidade:

O Discurso da Universidade (DU) e o Discurso do Mestre (DM) operam com as Ciências (disciplinas positivistas quantitativas e qualitativas).

O Discurso do Sujeito (DS/DH) e o Discurso do Analista (DA) operam com ciências organizadas em campos de saber/conhecimento, e com objetos formal-abstratos propriamente ditos; (apenas neste momento se

insere o aspecto do DI que é DImpc, bem como a sua operatividade específica).

Aqui também haveria algo da ordem de um saber em ação, colocado nos moldes do DImpc. Mesmo porque há professores e docentes, e entre eles, aqueles que se dedicam especificamente à produção do conhecimento em sua dimensão epistemológica. Com esses docentes, os mestrandos e doutorandos são convidados a ter um pouco da experiência do produtor de técnicos (ensinar na graduação); um pouco de produzir saber e um pouco do sistematizador epistemólogo, ou seja, são convidados a fazer pesquisa e a expressarem seus resultados por escrito (em dissertações e teses).

Antes de passarmos à análise da operatividade específica dos modos de produção próprios ao DImpc é necessário observar a importância de se fazer uma reflexão, homóloga àquela que, no plano do Dispositivo Intercessor, consiste na passagem dos modos de produção Discurso da Universidade(DU) e Discurso do Mestre (DM), para os modos Discurso do Sujeito (DS/H) e Discurso do Analista (DA).

Se lá (no plano comum) se trata de passar de uma prestância (prestação de serviços) e uma ciência diagnóstica (no Discurso do Mestre) para ação direta também no DM e no DU; na atuação no âmbito do DImpc se trata de passar a uma práxis da Atenção (que ocorre no Discurso do Sujeito e Discurso do Analista), e a uma ciência que deverá ocorrer no Discurso do Sujeito e no Discurso do Analista. Essa é a práxis em geral.

Mudam o âmbito da prestância (agora se trata da produção de técnicos e de intelectuais num mesmo agente – trabalhadores intercessores pesquisadores), e muda o âmbito da produção do saber (se trata, agora, da produção do saber da experiência para a experiência pelos sujeitos da experiência, por um lado, incluído aí o trabalhador intercessor; e, por outro lado, trata-se da produção do saber (*conhecimento*) sobre como se pode ajudar os sujeitos a *saber*. Aquele saber/conhecimento corresponde à ignorância doura. O DImpc vai justamente propor outros técnicos e outros intelectuais – *trabalhadores intercessores pesquisadores*.

Portanto, os trabalhadores intercessores pesquisadores têm dois planos de existência e de ação que são um desdobramento conjunto DI/DImpc.

Retornando a nosso raciocínio geral, então, para romper com a produção do conhecimento no laço social DU e DM, é necessário que o trabalhador intercessor pesquisador recuse ocupar o lugar de um saber que toma o outro como objeto, é necessário que tenha compreendido o que significa produzir um saber sobre o outro que não seja para o próprio outro. Porém essa recusa ainda não é o bastante; será necessário também que o trabalhador intercessor assuma a responsabilidade ético-política de uma postura crítica frente aos significantes mestres, isto é, frente ao saber de mestre que é o saber da Ciência, interpelando o saber-sabido com questionamentos, que possam dar passagem à emergência de construções singulares de um novo conhecimento. Ou seja, conforme dito acima, a experiência vivenciada na práxis não deve ser “conformada” ao conhecimento prévio existente sobre ela; ela deve ser “confrontada” com esse saber, com o intuito de abrir novos campos de discussão e análise.⁴ Dito de outro modo, a recusa afirmadora que se dirige ao DU e ao DM implica necessariamente na efetivação de revoluções no Modo de Produção, revoluções que podem ser ilustradas pela passagem dos Modos de Produção DU e DM aos Modos de Produção Discurso do Sujeito (DS/DH) e ao Discurso Analítico (DA).

Para tanto, o trabalhador intercessor pesquisador deverá colocar em ação uma certa operatividade do saber homóloga àquela que a psicanálise do campo de Freud-Lacan nomeia como “*ignorância douda*”. A ignorância douda não se confunde com a ignorância ignara; ela é uma tática que exige, de quem a opera com ela, o compromisso inarredável com a produção do saber novo.

A produção de saber no Dispositivo Intercessor (DI) e no Dispositivo Intercessor como meio de produção de conhecimento (DImpc) deve funcionar de forma correlata àquela do “*saber da extensão*”^{VIII}, tal como formulado pela psicanálise do campo Freu-Lacan. O saber do DImpc é também aquele que é capaz de contribuir para a ampliação do corpus teórico que dá sustentação às ações de intercessão-pesquisa junto ao campo da práxis. Portanto, é um saber que deve se constituir como um guia para a ação de intercessão. Esta terá sempre o compromisso de fazer advir

VIII Vide nota de rodapé VI

o saber da/na práxis (que inclua “não-sabido”. Não resta dúvida, portanto, de que o DImpc diz respeito à dimensão epistemológica da produção de conhecimento.

Outro esclarecimento necessário, e não é demais insistir nele, é que o trabalhador intercessor não precisa estar ligado a uma Instituição de Ensino ou a uma pesquisa científica para que possa se colocar no campo. Como já dito acima, no caso daqueles trabalhadores intercessores que estão apenas na Universidade, considerando essa inserção suficiente para uma práxis suficiente para operar a partir do DI, eles terão que se colocar na práxis geral, inicialmente, apenas como trabalhadores da práxis em geral, neste caso como trabalhadores da Atenção em Saúde Mental; é possível chegara à posição de “mais um”, ou seja, terão que passar necessariamente pela posição do *um a mais*, ou seja terão necessariamente que ir lá e trabalhar junto – têm que assumir o lugar de trabalhadores para, daí poderem interceder; ser trabalhador é, então condição necessária para se ser *trabalhador intercessor*; só dessa posição de *um a mais* se pode ocupar a posição do *mais um*. Talvez isso permita mais compreensão sobre o que é a posição de trabalhador intercessor em comparação com as posições da pesquisação, da pesquisa participante, e da pesquisa intervenção.

Considerações finais

Alguns autores têm defendido a necessidade de romper a supremacia hierárquica do conhecimento científico em seus moldes tracionais para que, então, saber e prática possam se reconciliar.^{2, 9, 10, 11, 15}

O DI/DImpc é uma ferramenta para a inserção na práxis e para a produção de conhecimento buscando superar a característica fundamental da divisão social do trabalho entre os que sabem e os que fazem. O DImpc especificamente refere-se à práxis da Universidade, naquilo que tange especificamente à dimensão epistemológica da produção de conhecimento e de saber. Aí se procura distinguir com clareza o saber e o conhecimento; também se parte da ideia inicial de que no DImpc não há especialistas em produção de conhecimento como os há na Ciência.

O uso do DImpc objetiva, em última instância, pode contribuir para que os sujeitos inseridos nas instituições retomem sua condição de produtores do saber necessário à solução dos impasses, em nosso caso os impasses relacionados ao o campo da Atenção; ampliando ou superando os saberes já constituídos. Porém, sobretudo, o uso do DI/DIimpc deve permitir que esses trabalhadores se desloquem da posição de receptores/reprodutores de saberes e técnicas, para a posição oposta.. Por outro lado, o DImpc visa problematizar os processos de produção da Universidade: produção de técnicos, de professores pesquisadores, e de produção de conhecimento em diferentes dimensões, com ênfase na dimensão epistemológica; afirmando a possibilidade instituinte de que esta produção de conhecimento se dê fora do Discurso Universitário^{2,4,5,6}.

Ao propor um giro na posição ocupada pelos trabalhadores frente aos contextos de trabalho e frente à Universidade, o DI e o DImpc criam respectivamente condições para que se possa recuperar a dimensão subjetiva dos trabalhadores, e a dimensão subjetiva daqueles que os procuram nas instituições; trata-se, portanto, da recuperação da dimensão da subjetividade, mas sobretudo da dimensão do saber pertinente a cada um nesses contextos da produção de saberes para dar conta dos próprios impasses, seja na relação com o saber inconsciente, seja na produção do saber sobre o não-sabido presente nas Formações Sociais (instituições) de que se participa.

Ao se referenciar no Discurso Universitário (DU) o que se encontram os saberes universalizantes, ao referenciar-se no Discurso do Sujeito (DS/DH), trabalha-se pela construção de saberes singulares.

Neste ponto, é importante esclarecer que o trabalhador intercessor não é exclusivamente um tipo de profissional intelectual, ou um “intelectual profissional”, ou mesmo um especialista, ele é antes de tudo, logicamente, um trabalhador. Esse é um posicionamento teórico-técnico e ético-político que se contrapõe à lógica da divisão do trabalho no MCP e à produção do conhecimento no laço social Discurso Universitário².

Vale ressaltar, ainda, que o sucesso da intercessão não está na realização de grandes revoluções, mas na possibilidade de abrir campos de discussão e de ação, dando passagem às pulsações instituintes; ou seja, já é considerado um sucesso poder contribuir para o questionamento daquilo que está estabelecido como verdade dogmática na instituição.

Poder questionar o saber dogmático com pertinência e propriedade já é poder contribuir para a emergência de novos saberes e novos sentidos nas práticas empreendidas naquele contexto amplo de intercessão, ou na Universidade; interrogações e questionamentos que prosseguirão com outros trabalhadores intercessores pesquisadores.

O DI/DImpc é uma aposta na possibilidade de avançar para além dos especialismos e das disciplinas, alcançando uma condição em que teoria e prática caminhem unidas e onde a técnica inclua a *poiesis*, isto é, a criatividade e a arte, no sentido da transdisciplinaridade (para além da disciplinas).¹⁶

Introduzir os trabalhadores-intercessores no “ofício” de produtores de teoria – uma teoria que, no plano epistemológico, não se separa/cinde da prática – é forma direta (em ato) de problematizar os processos de produção do saber comuns do Discurso Universitário (DU) e, portanto, é um modo de interceder na Universidade. Embora certamente não seja a única forma.

Portanto, a operacionalização do Dispositivo Intercessor (DI/DImpc) deve possibilitar que os agentes circulem nos diferentes planos da produção de saber e conhecimento e, portanto, que possam operar como trabalhadores identificados com os intercessores espontâneos já de antemão presentes no campo, assumindo a condição de “um a mais”; e também como trabalhadores intercessores; portanto, que assumem a posição de intercessores planejados/construídos – como “mais um”. E como trabalhadores intercessores pesquisadores, quando se trata de interceder diretamente na práxis específica de produção de conhecimento no campo geral o no campo específico da Universidade. Foi nesse movimento que visou inserir-se a experiência que fundamentou a construção deste ensaio.

REFERÊNCIAS

1. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 238-324.
2. Costa-Rosa A. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico num território municipal. Assis: UNESP, 2007. Mimeografado.

3. Stringheta LH, Costa-Rosa A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em saúde. In: Constantino EP. (Org.) Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-16.
4. Martini RB. O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental. 2010. [dissertação de mestrado] – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.
5. Miranda CM. Saúde Mental infanto-juvenil: uma reflexão sobre políticas públicas a partir do dispositivo intercessor como meio de produção de conhecimento na práxis. 2011. [dissertação de mestrado] – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
6. Pereira EC. Ensaio de intercessão institucional em um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. 2011. [dissertação de mestrado] – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
7. Lacan J. O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.
8. Clavreu J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
9. Quinet A. Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
10. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
11. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
13. Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados, São Paulo, v.2, n.2, p. 46-71, 1988.
14. Morim E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

15. Costa-Rosa A. Operadores fundamentais da Atenção Psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. 2011. [tese de livre docência] – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.
16. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
17. Quinet, A. As 4+1 condições da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1993.



Seção II
Veredas: Reflexões
pela Práxis

Coprodução de Serviço de Vigilância Sanitária: a elaboração participativa de uma proposta de Certificação e Classificação de Restaurantes^I

Luiza Moritz Age^{II}
Paula Chies Schommer^{III}

Introdução

As sociedades estão envelhecendo e seus estilos de vida estão contribuindo para o aumento da incidência e da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estas afetam o exercício de atividades econômicas e de lazer pelos indivíduos e geram consequências negativas para a qualidade de vida das comunidades e da sociedade, de um modo geral^I. A obesidade é um dos principais fatores de risco para as DCNT. A maior parte da população mundial vive em países em

-
- I Trabalho adaptado de Age, L. M., & Schommer, P. C. (2017). Coprodução de serviço de vigilância sanitária: Certificação e classificação de restaurantes. *Revista de Administração Contemporânea*, 21(3), pp. 413-434, (Direitos autorais: Revista de Administração Contemporânea. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rac/v21n3/1982-7849-rac-21-3-0413.pdf>) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac2017170026>. Originário da dissertação de mestrado disponível em: <http://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00001e/00001ee4.pdf>
- II Luiza Moritz Age (luizamoritzage@hotmail.com) é nutricionista, Mestre em Administração pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Fiscal de Vigilância em Saúde e chefe do Departamento de Fiscalização Sanitária da Prefeitura de Florianópolis.
- III Paula Chies Schommer (paulacs3@gmail.com | paula.schommer@udesc.br) é Doutora em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas (FGV - EAESP). Professora de Administração Pública na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), líder do grupo de pesquisa Politeia - Coprodução do Bem Público: Accountability e Gestão.

um modo geral¹. A obesidade é um dos principais fatores de risco para as DCNT. A maior parte da população mundial vive em países em que a obesidade mata mais que a desnutrição. Além da inatividade física, outro fator de risco é a ingestão de alimentos densos em calorias e ricos em gordura e açúcares². O Brasil vem passando por uma transição epidemiológica e demográfica, com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento daquelas por DCNT, semelhante ao quadro epidemiológico mundial^{3,4}. É o que se observa no município de Florianópolis, no qual se desenvolveu o presente trabalho e onde, de acordo com dados de uma pesquisa nacional realizada por telefone em 2016⁵, 48,8% dos adultos estão com excesso de peso, sendo 42,1% entre as mulheres e 52,2% entre os homens⁵.

O planejamento realizado de forma intersetorial é uma estratégia a ser considerada para ações que tem por objetivo criar ambientes que facilitem as escolhas e estilos de vida saudáveis, fortalecendo as parcerias entre governos e sociedade^{1,4}. Lucchese⁶ comenta que os gestores da área da saúde, especificamente de vigilância sanitária, pouco têm compartilhado com os cidadãos a busca pelas melhores ações a serem tomadas. Entre as possíveis razões para essa atitude, segundo o autor⁶, estão a necessidade de rapidez de grande parte das decisões e a quantidade de incertezas que se tem ao tomar uma medida quando o assunto é saúde.

O conceito de coprodução de serviços públicos, que se refere à participação direta de usuários e da comunidade, junto a profissionais, no *design* e na entrega desses serviços, vem alcançando difusão em estudos em administração pública como um processo pertinente frente aos desafios contemporâneos e transformações na prática administrativa⁷. As ações de promoção de saúde baseadas em processos de coprodução vêm ocorrendo em diversos países, conforme relata a organização *Governance International*⁸, sediada no Reino Unido.

No Brasil, as ações de promoção de saúde, embora diversificadas, costumam ser voltadas mais para educação e não para mudanças no ambiente. Raramente envolvem o usuário no *design* dos serviços, pois essa é uma abordagem ainda pouco difundida no país. Exemplos de ações de promoção no âmbito federal são: a Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Programa Nacional de Alimentação do Escolar^{9,10,11,12}.

Na América do Norte e no Reino Unido, muitas cidades já aplicam uma estratégia de promoção da saúde, no processo de trabalho de suas vigilâncias sanitárias, visando mudanças no ambiente: a classificação pública de estabelecimentos de alimentação a partir das características higiênico-sanitárias do local. Avaliações demonstram resultados positivos tanto na melhora dos estabelecimentos quanto na utilização dessas classificações, pelos consumidores, para escolha do estabelecimento em que irão alimentar-se^{13,14}. Entretanto, não se tem conhecimento de classificações governamentais que utilizam como critério a qualidade nutricional dos alimentos servidos.

O presente trabalho descreve a maneira pela qual a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Florianópolis elaborou a proposta de Certificação e a Classificação por Qualidade Nutricional para restaurantes em formato bufê, pela avaliação da qualidade nutricional dos alimentos servidos, por meio de um processo de pesquisa participativa e coprodução no *design* de serviços públicos, visando à promoção da saúde para enfrentamento das DCNT. São descritos os passos do processo, baseado na abordagem metodológica da *design science*^{15,16}, os resultados e as reflexões sobre a condução do trabalho, que podem servir como referência para pesquisas participativas em saúde na vigilância sanitária e demais órgãos da administração pública. Podem contribuir, também, para facilitar uma escolha mais saudável de alimentos pelos consumidores, para melhorar a qualidade nutricional dos alimentos servidos em restaurantes tipo bufê, e para o enfrentamento das DCNT no âmbito municipal.

Como ponto de partida, apresenta-se o contexto em que surgiu a proposta e qual situação problema que motivou seu desenvolvimento.

Contexto e a Realidade Investigada

A promoção de saúde é entendida como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”¹⁷. Já a vigilância em saúde é a proposta brasileira para articular as práticas de promoção de saúde com as de prevenção de riscos e agravos¹⁸.

A atual definição de **vigilância sanitária** está contida no artigo 6º, parágrafo 1º, da Lei Federal 8.080 de 1990, que afirma ser a Vigilância Sanitária:

um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde¹⁹.

Como um sistema de saúde pública, a vigilância sanitária brasileira percorreu uma trajetória histórica marcante até os dias atuais, da qual se destaca aqui alguns elementos do contexto nacional e no município em questão.

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, intensificou o fluxo de embarcações e passageiros, aumentando a necessidade de controle sanitário. A partir de 1889, os estados passaram a dispor de códigos sanitários próprios. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Na década de 1960, eventos negativos, como a contaminação de peixes com mercúrio, de carne bovina com anabolizantes, e a descoberta de que o consumo do medicamento talidomida pelas mães causava efeitos negativos nos bebês, impulsionaram as reformulações de normas reguladoras, nas quais se atribuiu aos fabricantes a responsabilidade pela qualidade dos produtos oferecidos^{20,21}.

A Constituição Federal de 1988 definiu, em seu artigo 200, que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica²². A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, deu-se, sobretudo, em decorrência da necessidade de restaurar a credibilidade dos produtos brasileiros no mercado internacional, a partir da criação de um órgão de fiscalização forte, independente do governo – em formato de autarquia^{20,21}.

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária de Florianópolis teve seu primeiro passo em 1993, com recursos humanos que somavam cinco técnicos e atividades que se resumiam ao atendimento de denúncias relativas a esgoto, lixo e criação irregular de animais. Ao longo

do tempo, houve ampliação da estrutura, a criação do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária e do Código Sanitário municipal, a partir de parcerias com organizações do governo federal²³. No final dos anos 1990, ocorreu a municipalização das atividades de controle de alimentos, saneamento e saúde do trabalhador²³. Analisando a vigilância sanitária do Município, no início dos anos 2000, Marchi²¹ já observava tendências que reproduziam a mesma dinâmica das vigilâncias sanitárias estadual e federal, de caráter jurídico-normativo, repressor, com forte hierarquia. A participação dos usuários limitava-se à possibilidade de apresentar denúncias, nem sempre respondidas.

No ano de 2008, com a Gerência de Vigilância Sanitária já subordinada à Diretoria de Vigilância em Saúde, o número de técnicos mais que dobrou, a partir de um concurso público, possibilitando a ampliação das ações de vigilância sanitária e vigilância em saúde. As ações de aproximação com cidadão e comunidades, porém, continuaram limitadas ao atendimento, por vezes precário, de denúncias.

No ano de 2013, a partir da discussão dos conceitos de promoção de saúde e da proposta de atuação da vigilância em saúde, uma maneira diferente de pensar o trabalho começou a tomar forma para alguns gestores do setor, com mais abertura para o envolvimento dos usuários e das comunidades em diferentes etapas do processo.

No momento atual, as questões ligadas à qualidade sanitária dos alimentos, com ênfase na importância da vigilância sanitária para a proteção à saúde do consumidor, têm tido destaque nas políticas públicas que tratam de alimentação. Necessita-se de novas formas de enfrentar os desafios decorrentes das transições epidemiológica, nutricional e demográfica do Brasil, que ainda conta com situações de desnutrição, mas também com altas prevalências de sobrepeso e obesidade²⁴.

Ações pontuais de coprodução de serviços públicos e/ou promoção de saúde estão em desenvolvimento na Gerência de Vigilância Sanitária do Município, como a formação de uma rede que apoie o desenvolvimento de agricultura urbana e a articulação com organizações públicas e da sociedade para a formação do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável. Ainda assim, faz-se necessário avançar no desenho e na implementação de novas possibilidades.

Diagnóstico da Situação Problema

O prolongamento da vida trouxe em si novos problemas sanitários: de um lado, o aumento das DCNT, próprio do processo natural de envelhecimento biológico; de outro, um aumento da exposição aos fatores e situações de risco típicas da sociedade moderna, marcada pela industrialização e pela urbanização²⁵. Nos dias atuais, amplia-se a abrangência da vigilância sanitária em torno das noções de qualidade de vida, promoção da saúde e construção da cidadania. Assim, é interessante desenvolver as ações de fiscalização e, também, as de comunicação, educação e incentivo à participação cidadã, fundamentais para a democratização do conhecimento¹⁷ e para a construção conjunta de soluções.

Essa concepção de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu no Canadá, nos Estados Unidos e em países da Europa ocidental. A formulação do conceito e seus desdobramentos tiveram um marco importante: a Conferência de Ottawa, em 1986¹⁷. A Carta de Ottawa cita que o ambiente em que se vive e onde se convive é importante para as condições de saúde da população; que medidas adotadas em outros setores costumam influenciar na saúde e; que a sociedade é capaz de realizar ações no sentido de promover saúde e deve fazê-lo²⁵.

As ações de promoção de saúde geralmente vão além do setor saúde, demandando engajamento e articulação entre diferentes níveis e órgãos de governo, empresas e sociedade civil^{1,26}.

A participação cidadã pode ocorrer na elaboração de políticas e programas e na sua realização, por meio de instâncias coletivas, a exemplo de conselhos, conferências e grupos de trabalho, e por meio de ações de cuidado com a própria saúde, em interação com profissionais da área. Pode ocorrer, também, em pesquisas de abordagem participativa, nas quais os usuários de certo serviço, tratamento ou política podem desempenhar diferentes papéis.

Apesar de os países e áreas de administração pública diferirem na extensão e natureza do papel dos cidadãos na provisão de serviços públicos, a ideia de coprodução, na qual usuários e profissionais do serviço público compartilham a responsabilidade pela provisão, está ganhando força ao redor do mundo. Em particular, quando se trata de uma tarefa que

não pode ser cumprida sem que os indivíduos e a comunidade em que se inserem coloquem seus esforços e recursos, e trabalhem de maneira articulada. Isso é observado, sobretudo, em setores como saúde, educação, meio ambiente e segurança pública, já que é impossível entregar os serviços sem contribuições de tempo e esforço dos próprios usuários^{27,28,29}.

A ideia de coprodução de serviços públicos foi articulada pela primeira vez pela economista Elinor Ostrom e seu grupo na Universidade de Indiana, nos anos 1970³⁰. No Brasil, o tema ainda é pouco disseminado, embora sejam estudadas diversas práticas relacionadas à coprodução nas interfaces entre administração pública, participação cidadã, terceiro setor, gestão social, inovação social e responsabilidade social empresarial³¹.

A coprodução é um tipo de participação voltada à provisão de serviços públicos por meio do engajamento mútuo de usuários/cidadãos/comunidade e servidores públicos/profissionais. Esse engajamento pode ocorrer em diferentes etapas do processo – no desenho/planejamento, na realização/entrega e/ou na avaliação de um serviço público^{28,32,33,34,35}. A participação dos usuários ou da comunidade é de caráter voluntário^{28,36} e pode ocorrer em variados graus de intensidade e compartilhamento de poder³⁷.

Bovaird³² define coprodução como a provisão de serviços públicos por relações regulares e de longo prazo entre os provedores profissionais do serviço e os usuários ou outros membros da comunidade, sendo que todas as partes fazem substanciais contribuições. Para Brandsen e Honingh³⁶, “Coprodução é uma relação entre um profissional remunerado de uma organização e (grupos de) cidadãos individuais que requer uma contribuição direta e ativa desses cidadãos para a realização do trabalho dessa organização.”

Embora essa perspectiva venha ganhando espaço na atualidade, tradicionalmente os usuários dos serviços públicos e a comunidade em geral são vistos como uma categoria passiva de atores no processo de elaboração de políticas públicas³⁸. Crescentemente, porém, se reconhece que os usuários do serviço são essenciais para fazê-lo funcionar. Para Salm e Menegasso³⁷, a coprodução de serviços públicos “[...] empresta uma nova perspectiva à administração pública, pois cria um elo entre a participação do cidadão e a produção dos serviços públicos”. Nesse tipo de processo, os servidores públicos precisam mudar a maneira de realizar

suas atividades e estar preparados para confiar nas decisões dos usuários e da comunidade, que se tornam seus parceiros^{30,32,33}.

Inúmeras vantagens potenciais de processos de coprodução de serviços públicos são citadas por estudiosos do tema, dentre elas a resposta mais adequada às necessidades e desejos do cidadão; o ganho em eficiência e efetividade dos serviços; os novos conhecimentos e o desenvolvimento de múltiplas capacidades e habilidades de cidadania, que levam ao empoderamento do cidadão; aumento do senso de pertencimento a uma comunidade e do engajamento cidadão em variadas atividades; redistribuição e compartilhamento de poder entre profissionais e cidadãos; ampliação das possibilidades de inovação nos serviços públicos e; o aumento da legitimidade das ações, já que esse tipo de processo potencialmente melhora a confiança pública no governo, o que contribui para a continuidade das políticas públicas^{27,30,32,34,35,39,40}.

Conforme observado por Ostrom⁴¹, a sinergia nas relações de coprodução potencialmente adiciona valor ao produto ou serviço. Adição de valor esta que vem sendo estudada por Bovaird e Loeffler³³, Osborne, Radnor e Strokosch,⁴² entre outros autores, em variados formatos e diferentes bens e serviços públicos, buscando compreender as condições e as características que a favorecem ou a dificultam.

Pesquisas mostram, também, que existem barreiras sistêmicas e culturais poderosas para a coprodução, como o financiamento das ações; a dificuldade de gerar valor, ao mesmo tempo, para os cidadãos, profissionais e gestores e; a necessidade de desenvolver habilidades profissionais nos servidores para coproduzir³³.

As ações de coprodução em serviços de saúde alinham-se com o conceito de promoção da saúde, que chama atenção para a necessidade de incluir diferentes atores, inclusive os usuários e sua comunidade, no desenvolvimento da saúde⁴¹.

No que tange aos hábitos alimentares, um dos focos da promoção da saúde, tem ocorrido no Brasil um substancial aumento no número de refeições realizadas fora de casa desde o ano 2000. A pesquisa de orçamento familiar de 2008/2009 demonstrou que 40% da população realiza alguma refeição fora de casa diariamente⁴². Tal aumento pode ser justificado por dificuldades impostas pelos deslocamentos; jornadas de trabalho extensas;

escassez de tempo para preparo e consumo de alimentos; e o crescimento da quantidade de mulheres no mercado de trabalho, aumentando, assim, o número de estabelecimentos de alimentação disponíveis^{43,44,45}.

Ao comer fora de casa, porém, os hábitos saudáveis são ignorados por muitas pessoas. Uma vez que essas refeições compreendem uma grande porção do total de energia ingerido em um dia, sua qualidade nutricional torna-se um fator de risco para a saúde^{43,45}. A escolha do alimento a ser consumido é um processo que envolve múltiplas variáveis, sendo mais complexo do que simplesmente comer para saciar a fome, já que outros fatores podem competir com a vontade de comer de forma saudável⁴⁶.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde², ambientes e comunidades que sustentam hábitos saudáveis são fundamentais para moldar as escolhas das pessoas e prevenir a obesidade. Políticas de saúde que criam ambientes que favorecem escolhas saudáveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis.

Visando a partilhar a elaboração, a implementação e a avaliação dessas políticas, governos têm chamado cidadãos e organizações para participar da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, nem sempre essa participação corresponde a um grau elevado de poder, como é o caso das consultas públicas, situações em que os cidadãos são solicitados apenas para opinar, não para participar de construção colaborativa. Muitos profissionais de saúde ainda se mostram apreensivos em relação a essa nova maneira de trabalhar, já que pode ser necessária mudança na hierarquia, no compartilhamento de poder e na aprendizagem⁴⁷.

Considerados esses elementos, entende-se que:

- a criação de ambientes saudáveis e o empoderamento do cidadão para fazer suas próprias escolhas são caminhos para as ações de promoção de saúde;

- o governo e a academia não detêm todo o conhecimento e podem ser facilitadores de processos participativos de construção compartilhada de saberes;

- as políticas públicas participativas e os serviços coproduzidos com os interessados potencialmente atingem resultados mais eficazes do que aqueles centralizados no governo e nos especialistas;

- parte da população do município estudado tem o hábito de realizar as principais refeições fora de casa;

- a criação de um instrumento que identifique, para a população em geral, os serviços de alimentação que oferecem alimentos saudáveis, tende a facilitar a escolha individual e criar uma movimentação dos estabelecimentos comerciais de alimentos, no sentido de melhorar a qualidade nutricional das refeições por eles oferecidas.

Esses são os desafios (e as possibilidades) que orientam a construção desse trabalho.

Desenvolvimento da Proposta de Intervenção

A abordagem metodológica escolhida para a realização do trabalho foi a *design science*, que pode ser definida como o desenvolvimento de conhecimento para o desenho de mecanismos a serem utilizados em soluções para problemas, fazendo a conexão entre o mundo teórico e o prático^{15,16}. Nas pesquisas participativas em saúde, essa abordagem pode ser utilizada tanto para resolução de problemas pontuais, como a melhor forma de atendimento a ser prestada por um centro de saúde, como para problemas mais complexos de saúde pública, como é o caso das DCNT. A participação dos principais envolvidos com o problema é essencial e não há a expectativa de uma única resposta correta, mas sim de uma ou várias ações ou instrumentos desenvolvidos pelos participantes para atuar na melhoria/resolução do problema, de acordo com as características de cada contexto.

De acordo com essa abordagem, a pesquisadora elaborou uma proposta de ação para enfrentamento do problema das DCNT a ser realizada pela vigilância sanitária de alimentos do Município, com a participação ativa de outros atores no seu planejamento. Além de ser graduada em nutrição, no momento do desenvolvimento do trabalho a pesquisadora era coordenadora da fiscalização de vigilância sanitária e tinha o apoio da gestão para desenvolver o trabalho e aplicá-lo posteriormente. Dessa forma, foi iniciado o trabalho prático, em uma pesquisa participativa, com expectativa de certos resultados e possibilidade de resultados inesperados.

Estabeleceu-se, inicialmente, um cronograma de seis encontros presenciais entre os atores convidados a participar, com início em outubro de 2015 e previsão de término em março de 2016, com horários e datas a serem agendados de acordo com a preferência dos participantes. Os primeiros convidados foram os fiscais de vigilância em saúde que desenvolviam suas atividades na vigilância sanitária de alimentos e os órgãos de representação da classe de nutricionistas. Isso em função da necessidade de agregar os conhecimentos técnicos dos fiscais e nutricionistas, e iniciar um delineamento mais detalhado da proposta, com base nos conhecimentos científicos de quais os principais fatores da alimentação que são fatores de risco ou protetores das DCNT. Em seguida, assim que os participantes iniciais julgassem apropriado, os órgãos de representação dos restaurantes e os cidadãos consumidores de restaurantes em formato bufê seriam chamados.

A pesquisadora participou principalmente como organizadora e mediadora dos encontros, também opinando a partir de seus conhecimentos técnicos como fiscal de vigilância em saúde, coordenadora da fiscalização sanitária no momento da pesquisa e nutricionista. As pautas foram deixadas livres, a depender do desenrolar das reuniões e dos resultados de cada etapa, sugerindo-se inicialmente perguntas a serem respondidas ao longo do processo, dentre elas:

Tabela 1 – Perguntas para responder ao longo do processo

Nº	Pergunta
1	A certificação e a classificação serão obrigatórias ou serão um serviço opcional oferecido pela Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos?
2	A certificação e a classificação serão atreladas à emissão do Alvará Sanitário do estabelecimento ou serão um documento separado?
3	A certificação e a classificação atenderão a critérios higiênico-sanitários e de alimentação saudável ou somente de alimentação saudável?
4	Quais serão os critérios utilizados para a certificação e para a classificação?
5	Qual o sistema de pontuação a ser utilizado?
6	Qual será a periodicidade das vistorias para (re)classificação?
7	Qual o formato da classificação (letras, números, estrelas, cores...)?

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 2 – Resumo do desenvolvimento dos encontros do Grupo de Trabalho para Classificação de Estabelecimentos

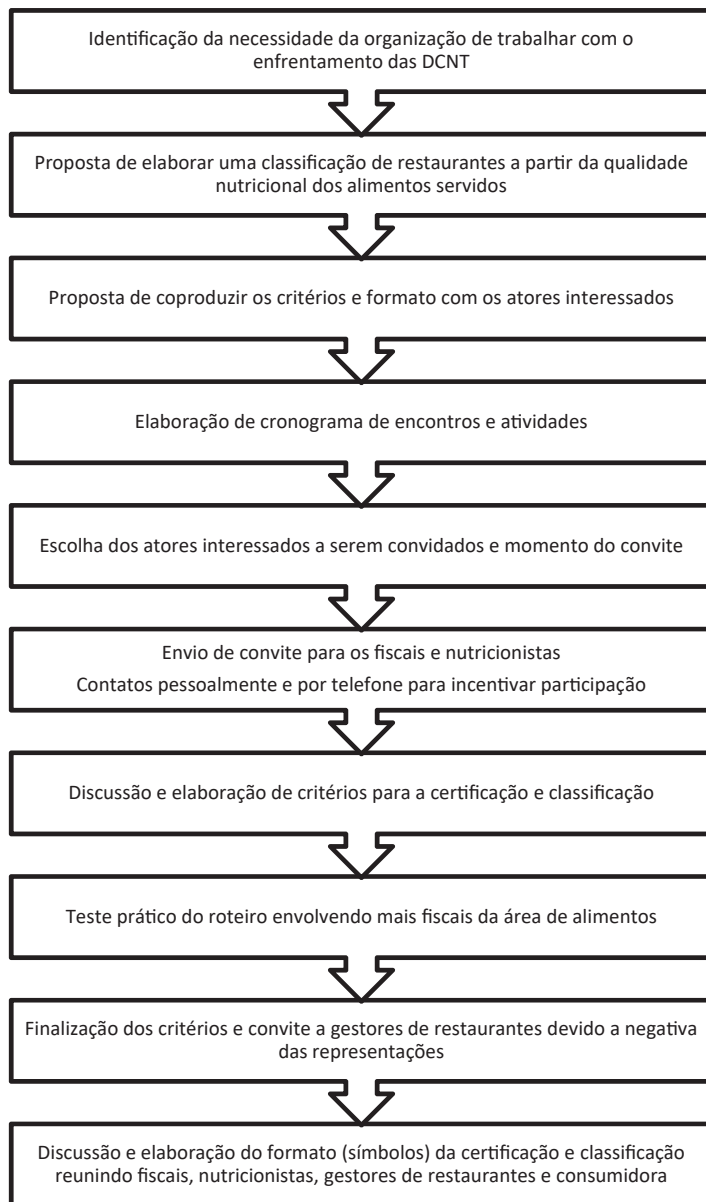
Número	Data	Objetivos	Participantes	Resultados	Observações Gerais
1	27/10/15	<p>-Apresentar a proposta de trabalho para fiscais e técnicos convidados;</p> <p>-Formar o Grupo de Trabalho com agenda definida.</p>	<p>- 2 nutricionistas do Instituto Brasileiro de Nutrição Funcional (IBNF)</p> <p>- 2 nutricionistas do Conselho Regional de Nutrição (CRN10)</p> <p>-nutricionista doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)</p> <p>- nutricionista Gerência de Promoção de Saúde- Prefeitura de Florianópolis (PMF)</p> <p>- fiscal de vigilância em saúde</p> <p>-professora orientadora da pesquisa.</p>	<p>-Adesão dos convidados ao Grupo de Trabalho;</p> <p>-Agenda para os próximos encontros.</p>	<p>Os presentes se mostraram muito interessados na proposta.</p> <p>- Dois dos fiscais que haviam concordado em participar do Grupo de Trabalho não compareceram à reunião.</p>
2	11/11/15	<p>-Alinhar as expectativas dos participantes com o projeto;</p> <p>-Discutir possíveis critérios para avaliar a qualidade nutricional dos alimentos servidos em restaurantes tipo bufê.</p>	<p>- 2 nutricionistas IBNF</p> <p>- nutricionista CRN10</p> <p>- nutricionista doutoranda UFSC</p> <p>- nutricionista Gerência de Promoção de Saúde-PMF</p> <p>- 3 fiscais de vigilância em saúde</p> <p>- professora orientadora da pesquisa</p>	<p>-Avaliação da qualidade nutricional dividida em cinco etapas;</p> <p>-Definição de alguns critérios;</p> <p>-Percepção da necessidade de pesquisar estudos afins ao tema discutido.</p>	<p>- Definiu-se que seriam necessários mais encontros entre técnicos e fiscais antes do convite para outros participantes.</p>

Número	Data	Objetivos	Participantes	Resultados	Observações Gerais
3	25/11/15	-Apresentar estudos afins ao tema discutido; -Definir critérios de cada etapa da avaliação.	- nutricionista IBNF - nutricionista doutoranda UFSC - 2 fiscais de vigilância em saúde	-Critérios definidos detalhadamente.	- Muitos convidados não compareceram ao encontro. - Dentre esses, dois participantes deixaram o grupo de forma definitiva.
4	09/12/15	-Separar os critérios em indispensáveis, ou não, para a certificação.	- 2 nutricionistas IBNF - nutricionista CRN10 - nutricionista doutoranda UFSC - 2 fiscais de vigilância em saúde	-Discussão sobre alguns critérios mais polêmicos; -Separação dos critérios em indispensáveis ou não.	- Maior número de técnicos presentes no encontro. - Decisão dos participantes de convidar as representações de restaurantes para o próximo encontro.
5	03/03/16	-Discutir os critérios com as representações de restaurantes; -Pontuar os critérios para a classificação de acordo com a qualidade nutricional.	- nutricionista IBNF - fiscal de vigilância em saúde - professora orientadora da pesquisa	-Pontuação dos critérios para a classificação de acordo com a qualidade nutricional	- As representações de restaurantes não compareceram ao encontro. - Uma fiscal participante assídua, até então, deixou o grupo de trabalho. -Definiu-se que o roteiro seria testado, em restaurantes do município, pelos fiscais de vigilância em saúde atuantes na Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos.

Número	Data	Objetivos	Participantes	Resultados	Observações Gerais
6	07/04/16	<ul style="list-style-type: none"> -Repassar as impressões dos fiscais na aplicação do roteiro; -Finalizar o roteiro; -Discutir como incluir representações de restaurantes e cidadãos no Grupo de Trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - nutricionista IBNF - nutricionista doutoranda UFSC - fiscal de vigilância em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> -Finalização do roteiro; -Decisão por convidar diretamente gestores de restaurantes, representação de consumidores e outros consumidores, diretamente, para o próximo encontro 	<p>A representação de restaurantes que ainda mantinha contato não compareceu à reunião.</p>
7	25/04/16	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentar a proposta de trabalho para os novos participantes; -Discutir aspectos gerais da certificação e classificação, como a periodicidade das vistorias e prazos para adequação; -Discutir e definir quais símbolos representarão a certificação e a classificação dos restaurantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - nutricionista doutoranda UFSC - fiscal de vigilância em saúde - professora orientadora da pesquisa - 8 gestores de restaurantes - 1 consumidora 	<ul style="list-style-type: none"> -Definição de aspectos gerais da certificação e classificação; -Percepção de que devem haver outros encontros para discussão dos critérios de certificação e classificação com os gestores de restaurantes; -Sugestão de alguns símbolos para a certificação e classificação. 	<ul style="list-style-type: none"> - A representação dos consumidores não compareceu à reunião, dos consumidores convidados diretamente, somente uma compareceu. - Os gestores de restaurantes convidados diretamente compareceram em grande número. As sugestões de símbolos foram ricas. - Definiu-se por aguardar a elaboração do símbolo por profissional, de acordo com o direcionamento dado na reunião, para posterior escolha através de mensagens de e-mail.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Figura 1- Fluxo do Processo de Elaboração da Certificação e Classificação de Restaurantes



Fonte: Elaborada pelas autoras.

As dificuldades ocorreram ao longo de todo o período, iniciando com a negativa de participação de alguns dos fiscais convidados, que não acreditaram que poderiam contribuir com o trabalho naquele momento, principalmente por não serem graduados em cursos da área da saúde. Além disso, a presença de poucas pessoas em algumas reuniões, por fatores como a falta de tempo na rotina atual, agravada pela dificuldade de trafegar entre um lugar e outro em determinados horários.

A ausência da associação e do sindicato de representação dos restaurantes foi marcante. Apesar da insistência nos convites e da importância do projeto para os estabelecimentos que essas representam, elas não se fizeram presentes em momento algum, embora acenassem que participariam. Talvez por desacreditar que o projeto fosse levado adiante, ou, no caso da associação que justificou a ausência, por falta de representantes e de agenda. A confirmação de sua presença para os primeiros encontros, porém, fez com que os convites diretos a gestores de restaurantes fossem adiados, limitando sua participação ao último encontro.

Os consumidores, praticamente ausentes nos encontros, não demonstraram interesse em participar, apesar dos convites feitos, do tema de alimentação saudável estar popularizado e da oferta de sorteio de brindes nas reuniões. Mesmo a representação de cidadãos, o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (COMSE-AS), não conseguiu viabilizar a presença de representantes. Isso mostra a necessidade de outra abordagem e novos instrumentos para que os consumidores participem do processo.

Já a participação dos fiscais e dos técnicos foi satisfatória. Apesar de alguns terem comparecido a somente dois dos sete encontros, outros compareceram a praticamente todos eles, se interessaram em trazer estudos acerca do tema e fizeram diversas contribuições. Nesse caso, acredita-se que a identificação com o tema e o entendimento de sua importância para a situação epidemiológica da população do Município contribuíram para a participação mais frequente e regular.

O teste realizado com o instrumento, em 17 restaurantes, antes da finalização dos critérios, trouxe importantes impressões para a discussão, como mais confiança para a tomada de decisão. Além disso, indiretamente, permitiu que todos os fiscais que atuavam na fiscalização sanitária de

alimentos e restaurantes inspecionados participassem de alguma maneira do processo. Apesar de alguns fiscais não terem aceitado participar das reuniões do Grupo de Trabalho, aceitaram de pronto realizar o teste prático, sem grandes alterações nas suas rotinas diárias.

Ao final do processo, realizou-se uma avaliação do Grupo de Trabalho para Classificação de Restaurantes pelos participantes que compareceram a dois ou mais encontros. Os respondentes destacaram como pontos fortes: o formato das reuniões; a reunião de profissionais nutricionistas e profissionais de fiscalização sendo pontos-chave para a discussão do roteiro, esses com perfis e áreas de trabalho diversificadas, que enriqueceram as discussões com visões complementares e agregaram os conhecimentos da academia com o serviço público; o fato de ter havido um intervalo entre um encontro e outro, utilizado para amadurecer ideias e rever alguns entendimentos, possibilitando um resultado mais maduro dos critérios; o envolvimento de representantes dos restaurantes, que tornou o processo de construção conjunto mais interessante e aumentou as possibilidades de adesão para a fase de implementação.

Já como fragilidades e dificuldades no processo, os participantes relataram a dificuldade de agenda, que fez com que estivessem presentes menos pessoas que o esperado, para um processo como esse; a falta de entidades representativas de restaurantes e a dificuldade de acesso a essas; e, a quase ausência de participação dos consumidores, para compreender como receberiam a proposta e poderiam se envolver no processo.

Sobre recomendações para futuras iniciativas similares, como construção colaborativa de instrumentos de avaliação e fiscalização, os participantes ressaltaram que o processo, da maneira que foi conduzido, foi adequado. Para amenizar o problema de comprometimento de especialistas e de participação de entidades representativas do segmento regulado e cidadãos, foi sugerido buscar aprimorar a articulação e realizar o processo mais rapidamente.

Ao final do último encontro, os gestores de restaurantes e a consumidora participantes também responderam a duas perguntas de avaliação: Qual sua opinião sobre a classificação de restaurantes de acordo com a qualidade nutricional dos alimentos servidos? e Como você avalia a prática que acabamos de realizar e quais as suas sugestões para outras

atividades como essa? A participante representando os consumidores citou que “a ideia é muito interessante para o cliente, pois já saberão o que vão encontrar dependendo da classificação do restaurante”. Os representantes de gestores de restaurantes relataram que a proposta deve “agregar valor aos restaurantes que aderirem”; “possibilitar ao consumidor opções de alimentação mais saudável nas refeições fora de casa”; “incentivar os restaurantes a oferecer refeições mais equilibradas”; e que “será uma forma de destacar meu estabelecimento perante os muitos outros”. Foi citado que é “muito importante contribuir para um trabalho como esse”, em que há abertura pelos servidores públicos para envolvimento dos participantes na prestação do serviço, e que todos puderam ficar à vontade para dialogar.

Durante o trabalho, foram respondidas as perguntas iniciais, conforme demonstrado na Tabela 3, que detalha o resultado final dos encontros do Grupo de Trabalho - o Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes, suas divisões, critérios e pontuações, incluído como Apêndice neste trabalho.

Tabela 3- Perguntas respondidas ao longo do processo

Nº	Pergunta	Resposta
1	A certificação e a classificação serão obrigatórias ou serão um serviço opcional oferecido pela Coordenação de Fiscalização Sanitária de Alimentos?	Serão inicialmente serviços opcionais, oferecidos pela Gerência de Vigilância Sanitária do Município para restaurante no formato do bufê, mas que tendem a se tornar obrigatórios em longo prazo.
2	A certificação e a classificação serão atreladas à emissão do Alvará Sanitário do estabelecimento ou serão um documento separado?	Não serão atreladas à emissão do Alvará Sanitário (exatamente por não serem obrigatórias).
3	A certificação e a classificação atenderão a critérios higiênico-sanitários e de alimentação saudável ou somente de alimentação saudável?	Atenderão à critérios de qualidade nutricional dos alimentos servidos pelo estabelecimento. Num primeiro momento, os restaurantes que cumprirem critérios essenciais serão certificados e, num segundo momento, serão verificados outros critérios aos quais se atribuiu pontuação, para classificação em diferentes níveis de qualidade nutricional.
4	Quais serão os critérios utilizados para a certificação e para a classificação?	Os critérios foram divididos em cinco áreas, de acordo com os momentos da inspeção, totalizando 43 critérios. Esse levam em consideração utensílios e equipamentos disponíveis, matérias-primas utilizadas, modos de preparo, informações disponíveis ao consumidor, entre outros.

Nº	Pergunta	Resposta
5	Qual será o sistema de pontuação utilizado?	A pontuação variará de 8 pontos positivos a 6 pontos negativos, dependendo do critério, para critérios de classificação. Os critérios de certificação não tem pontuação atribuída, são obrigatórios.
6	Qual será a periodicidade das vistorias para (re)classificação?	A periodicidade das vistorias para mudança de classificação será a cada ano, inicialmente, porém pode ocorrer a qualquer momento para verificação do cumprimento dos critérios e para atendimento de denúncias relativas ao tema.
7	Qual será o formato da classificação (letras, números, estrelas, cores...)?	O símbolo da certificação e da classificação de restaurantes, construído com a contribuição de todos os participantes, contém a imagem de um prato, garfo e faca, rótulo “Certificação de Qualidade Nutricional” e estrelas logo abaixo da imagem, que identificam a classificação em 3, 4 ou 5 estrelas.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Conclusões

As políticas que trabalham o ambiente em que as pessoas vivem e não somente suas escolhas individuais têm maiores chances de modificar hábitos. A coprodução de serviços públicos, envolvendo a participação de usuários e profissionais, é uma abordagem que potencialmente aumenta a qualidade, a eficiência e a legitimidade dos serviços públicos, podendo ser aplicada do planejamento à entrega do serviço. O estudo propôs-se a coproduzir um instrumento de trabalho para a Vigilância Sanitária Municipal, a partir de um processo participativo envolvendo servidores públicos, técnicos, estabelecimentos regulados e cidadãos consumidores que, juntos, chegaram a uma proposta de certificação e classificação de restaurantes.

As demais coordenações de fiscalização da Gerência de Vigilância Sanitária, assim como outros setores, gerências e diretorias da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura, poderão utilizar-se dos conhecimentos obtidos neste projeto e iniciar outros trabalhos de coprodução do planejamento de ações de fiscalização e na fiscalização em si, em conjunto com os maiores interessados: os estabelecimentos e profissionais que são

regulados, os consumidores desses produtos e serviços e a população do município como um todo. Ainda, outras organizações que trabalham a fiscalização de alimentos e queiram utilizar-se da experiência participativa para criar seus próprios roteiros poderão utilizar este trabalho como referência.

Processos de pesquisa participativos permitem que os pesquisadores e, quando for o caso, os servidores públicos, entrem em contato com diversas realidades e formas de pensar a solução de problemas, ampliando seu conhecimento sobre determinado assunto e também sua rede de contatos para futuros projetos. Porém, reunir diferentes participantes para a discussão de um tema, fazendo-os chegar a uma proposta comum, pode ser extremamente desafiador, além de possivelmente gerar expectativas nesses participantes que nem sempre se consegue realizar.

O trabalho foi limitado em não sistematizar randomicamente os convites às organizações, representações e cidadãos, podendo gerar um viés nas opiniões, de acordo com características particulares. Além de não testar outras abordagens, além do convite e oferecimento de brindes, para atrair os usuários como participantes para a construção do trabalho.

Sugere-se que futuros trabalhos para construção participativa de instrumentos de fiscalização e/ou certificação de estabelecimentos realizem teste durante a elaboração dos mesmos, como o realizado nesse trabalho, o que garante mais confiança na escolha dos critérios. Sugestão esta válida para trabalhos quaisquer que envolvam a coprodução de serviços públicos e desenvolvam abordagens para atrair e manter o envolvimento de atores-chave.

O próximo passo para a vigilância sanitária do Município, prosseguindo com apoio dos envolvidos na elaboração do instrumento, será regulamentar e implementar a certificação e classificação dos estabelecimentos, divulgando-a amplamente. Nessa nova etapa, será necessário envolver ainda outros segmentos, possivelmente criando uma comissão (*co-comissioning*) para monitorar a implementação e aprimorar continuamente o processo. É importante que todos os envolvidos compreendam e participem de alguma maneira para que a Certificação e a Classificação em Qualidade Nutricional efetivamente contribuam para a qualidade dos alimentos e as escolhas relativas à saúde dos cidadãos.

Referências

1. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, Akerman M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4341-4350. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
2. World Health Organization (EUA). Fact sheets: chronic diseases. [Cited from: fev 2016]. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/factsheets/en
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais 2015 – Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2015.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9781):1949-1961. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
5. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2016 – vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2017.
6. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese (Doutorado em Saúde Pública)]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
7. Osborne SP, Strokosch K. It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management*. 2013; 24(S1):S31-S47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
8. Governance International. [Cited from: out 2016]. Available from: <http://www.govint.org/>.
9. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(6):2305-2316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>

10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Estratégia saúde da família. [Cited from: fev 2015]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php
11. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Sobre o PNAE (BR). [Cited from: fev 2015]. Available from: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar>
12. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira. Brasília; 2005.
13. Food Standards Agency (UK). Frequently asked questions about the food hygiene rating scheme. [Cited from: set 2015]. Available from: <http://www.food.gov.uk/multimedia/hygiene-rating-schemes/ratings-find-out-more-en/fhrs>
14. Nyc Health. Restaurant grading in New York City at 18 months. [Cited from: set 2015]. Available from: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/rii/restaurant-grading-18-month-report.pdf>
15. Aken JE. Management research based on the paradigm of the design sciences: the quest for field-tested and grounded technological rules. *Journal of Management Studies*. 2004; 41(2):219-246. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00430.x>
16. Jelinek M, Romme AGL, Boland RJ. Introduction to the special issue: organization studies as a science for design: creating collaborative artifacts and research. *Organization Studies*. 2008; 29(3):317-329.
17. Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília, 2002. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
18. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador, 2006. Available from: <http://dx.doi.org/10.7476/9788523209209>
19. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
20. Costa EA, Rozenfeld S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In S. Rozenfeld (Org.), *Fundamentos da vigilância sanitária*. 6a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 15-40.

21. Marchi OSA. Municipalização das ações de vigilância sanitária no município de Florianópolis: diagnóstico estratégico situacional voltado para a identificação e desdobramento do problema e delimitação de estratégias de solução [dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas)]. Florianópolis: Universidade do Vale do Itajaí; 2003.
22. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
23. Silveira CS. Vigilância em saúde meio ambiente e saúde pública: o caso do município de Florianópolis-SC [dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental)]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Ambiental; 1999.
24. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):73-79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100011>
25. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1996; 1(1):104-121. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>
26. Duncan BB, Chor D, Aquino EM, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(s1):126-134. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>
27. Fung A. Varieties of participation in complex governance. *Public Administration Review*. 2006; 66(s1):66-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00667.x>
28. Pestoff V. Towards a paradigm of democratic participation: citizen participation and co-production of personal social services in Sweden. *Annals of Public and Cooperative Economics*. 2009; 80(2):197-224.
29. Poocharoen OO, Ting B. Collaboration, co-production, networks: convergence of theories. *Public Management Review*. 2015;17(4):587-614. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2013.866479>

30. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production – How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services [Discussion Paper]. NESTA, New Economic Foundation, The Lab, London, 2009. Available from: http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/the_challenge_of_co-production.pdf
31. Salm JF, Schommer PC, Heidemann FG, Vendramini P, Menegasso ME. Curso de administração pública da universidade do estado de Santa Catarina: uma construção à luz da coprodução do bem público e do novo serviço público [Edição Especial]. *Temas de Administração Pública*, 2011; (6):1-30. Available from: <http://seer.fclar.unesp.br/temasadm/article/view/6161/4630>
32. Bovaird T. Beyond engagement and participation: user and community coproduction of public services. *Public Administration Review*. 2007; 67(5):846-860. Available from <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00773.x>
33. Bovaird T, Loeffler E. From engagement to co-production: the contribution of users and communities to outcomes and public value. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2012;23(4):1119-1138.
34. Palumbo R. Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*. 2016; 29(1):72-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0125>
35. Schommer PC, Andion CM, Pinheiro DM, Spaniol EL, Serafim M. Coprodução e inovação social na esfera pública em debate no campo da gestão social. In Schommer PC, Boullosa RF (Orgs.), *Gestão social como caminho para a redefinição da esfera pública*. Florianópolis: Udesc Editora; 2011. p. 31-70.
36. Brandsen T, Hoenigh M. Distinguishing different types of coproduction: a conceptual analysis based on the classical definitions. *Public Administration Review*. 2015; 76 (3):427-435.
37. Salm JF, Menegasso ME. Proposta de modelos para a coprodução do bem público a partir das tipologias de participação. *Anais do XXXIV Enanpad*. 2010.

38. Secchi L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2a ed. São Paulo: Cengage Learning; 2013.
39. Klein VH, Jr. Salm JF, Heidemann FG, Menegasso ME. Participação e coprodução em política habitacional: estudo de um programa de construção de moradias em SC. *Revista de Administração Pública*. 2012; 46(1):25-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000100003>
40. Roberts N. Public deliberation in an age of direct citizen participation. *The American Review of Public Administration*. 2004; 34(4):315-353. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0275074004269288>
41. Ostrom E. Crossing the great divide: coproduction, synergy and development. *World Development*. 1996; 24(6):1073-1087. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0305-750X\(96\)00023-X](http://dx.doi.org/10.1016/0305-750X(96)00023-X)
42. Osborne SP, Radnor Z, Strokosch K. Co-production and the co-creation of value in public services: a suitable case for treatment?. *Public Management Review*. 2016; 18(5):639-653. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
43. Marston C, Hinton R, Kean S, Baral S, Ahuja A, Costello A, Portela A. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bull World Health Organ*. 2016; 94(5):376-382. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa de orçamento familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adultos e adolescentes. Rio de Janeiro, 2010.
45. French SA, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*. 2001; 22(1):309-335. Available from: <https://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.309>
46. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*. 2003; 16(4):483-492. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732003000400011>
47. Veiros MB, Proença RPC, Kent-Smith L, Hering B, Souza AA. How to analyse and develop healthy menus in foodservice. *Journal of*

Foodservice. 2006; 17(4):159-165. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-4506.2006.00025.x>

48. Furst T, Connors M, Bisogni CA, Sobal J, Falk LW. Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite*. 1996; 26(3):247-266. Available from: <http://dx.doi.org/10.1006/appe.1996.0019>
49. Renedo A, Marston CA, Spyridonidis D, Barlow J. Patient and public involvement in healthcare quality improvement: how organizations can help patients and professionals to collaborate. *Public Management Review*. 2015; (1):17-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2014.881535>

Apêndice – Roteiro de Inspeção para Certificação e Classificação de Restaurantes

Item	Área	Critério	Pontuação		
			LI	+	-
1.1	Utensílios e Equipamentos Disponíveis na Cozinha	Utiliza somente painéis de cerâmica ou inox		2	
1.2		Presença de forno combinado		6	
1.3		Ausência de fritadeira		8	
1.4		Presença de grelha		2	
2.1	Matérias-primas utilizadas	Tem horta própria para cultivo de temperos no estabelecimento		3	
2.2		Faz controle da saturação do óleo de fritura utilizando fita de monitoramento da saturação da gordura ou tem controle da temperatura do óleo e da saturação do óleo de fritura substituindo-o de acordo com o uso de forma padronizada acordo com Procedimento Operacional Padrão		4	
2.3		Faz controle da saturação do óleo de fritura substituindo-o de acordo com o uso de forma padronizada.	X		
2.4		Utiliza somente ovos orgânicos ou caipiras		4	
2.5		Utiliza algum tipo de corte de carne orgânica		4	
2.6		Não utiliza temperos prontos, molhos prontos, amaciante de carnes e/ou outros produtos para alterar consistência e/ou sabor dos alimentos artificialmente, contendo: glutamato monossódico e/ou gordura vegetal e/ou aditivos artificiais	X		
2.7		Não utiliza carnes pré-temperadas industrialmente	X		
2.8		Utiliza alimentos pré-prontos e prontos industrializados			3
2.9		Não utiliza gordura vegetal para preparo dos alimentos	X		

3.1	Produtos Expostos ao Consumidor	Disponibiliza pratos rasos de até 22cm de diâmetro ou 70cm de circunferência		4	
3.2		Oferece saladas na proporção de 75% ou mais da quantidade total de acompanhamentos frios		6	
3.3	Produtos Expostos ao Consumidor	Oferece saladas na proporção de 50% ou mais da quantidade total de acompanhamentos frios	X		
3.4		Utiliza verduras, hortaliças ou frutas orgânicas		6	
3.5		Oferece sementes e grãos para acompanhar a salada		3	
3.6		Oferece azeite de oliva extravirgem, mantido na embalagem original, para acompanhar a salada		2	
3.7		Disponibiliza molhos industrializados para acompanhar a salada			6
3.8		Oferece arroz integral		1	
3.9		Oferece opções de preparações de alimentos não refinados com grande teor de carboidrato, não fritos, sem molhos gordurosos ou açucarados (como batatas, aipim, outros tipos de arroz)		2	
3.10		Oferece preparações a base de carboidratos contendo farinhas integrais (como pastel de forno, quiche, pães)		1	
3.11		Oferece opção de preparação de leguminosa sem presença de carnes ou embutidos	X		
3.12		Oferece preparações à base de carnes magras, na proporção de 50% ou mais da quantidade total de preparações à base de carne (item não aplicável aos restaurantes vegetarianos/veganos)	X		
3.13		Oferece preparações proteicas vegetarianas alternativas a carnes preparadas de forma não frita, à base de grão de bico, lentilha, quinoa, cogumelos, tofu, ovos		7	
3.14		Não oferece preparações fritas		8	
3.15		Oferece preparações fritas na proporção de 20% ou menos da quantidade total de preparações quentes	X		
3.16		Não oferece preparações contendo predominantemente alimentos embutidos e/conservas ou recheados com estes (como acompanhamentos frios, torta fria, pastéis, quiches, lasanhas e outros)		8	
3.17		Oferece preparações contendo predominantemente alimentos embutidos e/ou conservas na proporção de 10% ou menos da quantidade total de preparações quentes	X		
3.18		Não oferece sobremesa ou oferece opção de fruta in natura entre as sobremesas		4	
3.19		Incentiva o consumo de sobremesas doces			6
3.20		Oferece suco natural sem adição de açúcar	X		
3.21		Incentiva o consumo de suco natural em detrimento a outras bebidas		2	
3.22		Disponibiliza sal para os clientes			5

4.1	Ambiente	Expõe, em local visível ao consumidor, Alvará Sanitário válido	X		
4.2		Disponibiliza os ingredientes de cada preparação, em plaquinhas próximas, no bufê	X		
4.3	Ambiente	Disponibiliza informações que incentivam o consumo de sucos naturais		1	
4.4		Disponibiliza informações que incentivam o consumo de saladas		4	
4.5		Não expor propagandas de refrigerantes, sucos artificiais e/ou chás artificiais	X		
5.1	Documentos	Apresenta Manual de Boas Práticas que inclui Procedimentos Operacionais Padrão de controle do sódio nas preparações servidas	X		
5.2		Apresenta profissional nutricionista como responsável técnico pelo estabelecimento, certificado pelo Conselho Regional de Nutricionistas		8	
5.3		Apresenta profissional nutricionista como consultor/assessor do estabelecimento, comprovado por contrato de trabalho		4	
TOTAL				104*	20

*Os itens 5.2 e 5.3 são excludentes, portanto a maior pontuação possível a ser obtida são 100 pontos.

A produção de conhecimentos em diálogo com os sujeitos afetados por conflitos ambientais: Pedagogia do Território e participação

Fernando Antônio Fontenele Leão^I
Rafael Dias de Melo^{II}
Mayara Melo Rocha^{III}
Raquel Maria Rigotto^{IV}

Na América Latina, o arranjo do modo de produção capitalista tem se caracterizado predominantemente por empreendimentos extrativistas de grande porte, intensivos em capitais de corporações transnacionais que promovem a especialização produtiva de territórios segundo a demanda internacional por *commodities* e, simultaneamente, por rentabilizar o capital financeiro¹. A expansão deste modelo gera profundos impactos ambientais que afetam os ecossistemas, as formas de economia tradicional, o modo de vida e a saúde das populações dos territórios envolvidos². Agricultores familiares, pescadores artesanais, povos extrativistas, quilombolas e povos indígenas, que tradicionalmente se apropriam de modo coletivo da terra e de seus bens comuns, têm sido os principais impactados por esses projetos extrativos que desestruturam suas relações sociais, organizações comunais e modos de vida tradicionais³.

I Fernando Antônio Fontenele Leão (leaomusic@gmail.com) Núcleo Tramas/UFC. Mestre em Humanidades/UNILAB
II Rafael Dias de Melo (rafael.potiguar@gmail.com) Núcleo Tramas/UFC. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente/UFC
III Mayara Melo Rocha (mayaramelorocha@gmail.com) Núcleo Tramas/UFC. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente/UFC
IV Raquel Maria Rigotto (raquelrigotto@gmail.com) Núcleo Tramas/UFC. PhD em Sociologia.

O acesso desses grupos à terra, realizado por meio da ocupação histórica e do trabalho – e não das relações mercantis –, é, como marco da persistência do colonialismo, frequentemente deslegitimado e não reconhecido pelo Estado, que a eles impõe uma proteção desigual, refletida nas decisões alocativas de empreendimentos danosos, nas dinâmicas inigualitárias do mercado de terras, nos mecanismos de sonegação de informação (ou mesmo, de desinformação), no baixo volume e distribuição dos investimentos em educação, saúde, etc⁴. A consequente sujeição desigual dessas comunidades aos problemas ambientais aproxima, segundo Porto⁵, dois importantes conceitos para o estudo dos conflitos ambientais: processos de vulnerabilização, compreendidos como relações históricas estabelecidas entre diferentes segmentos sociais que impõem a determinadas populações um gradiente de dificuldades para “realizarem ciclos virtuosos de vida, cuja origem encontra-se nas desigualdades, injustiças e discriminações presentes numa sociedade”; e injustiça ambiental, compreendida como

o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos sociais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis⁶.

A expansão do neoextrativismo, a continuidade de uma estrutura agrária colonial e extremamente concentradora, voltada aos interesses do capital, e o aprofundamento do papel do Estado na vulnerabilização e imposição de injustiças ambientais a diversas populações competem para a eclosão de inúmeros conflitos ambientais, compreendidos como ameaças à continuidade das formas de apropriação dos territórios e dos modos de vida de determinados grupos sociais por atividades e impactos ambientais indesejáveis de outros grupos⁷. Expressão de diferentes formas de resistência dos povos diante da ameaça à sua sobrevivência – fortemente interligada aos bens naturais, como as florestas e a água – os conflitos ambientais, conforme a ecologia política, sublinham profundos antagonismos existentes entre as formas de apropriação e uso dos territórios^{8,9}.

O Núcleo Tramas – Trabalho, Meio Ambiente e Saúde, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará – UFC, grupo acadêmico interdisciplinar de formação, pesquisa e ação, atua em dois territórios com conflitos ambientais: na microrregião do Baixo Jaguaribe, em específico na Chapada do Apodi, onde se concentram empresas transnacionais e nacionais do agronegócio; e no Sertão Central, para onde está prevista a instalação de um projeto de mineração de urânio e fosfato. Em ambos, grandes empreendimentos – apoiados pelo Estado através de financiamentos, obras de infraestrutura, adequação da legislação, incentivos fiscais e legitimação simbólica¹⁰ – avançam sobre territórios de populações camponesas, expropriando terra e água, ameaçando a soberania alimentar; induzindo fluxos migratórios; desqualificando os saberes e os modos de produção locais como “atrasados”; introduzindo riscos tecnológicos, contaminando águas, ar, solo e alimentos, e comprometendo assim a saúde das populações.

Esse contexto desafia o campo da Saúde Coletiva, no qual o grupo está inserido, na medida em que ele compreende que a promoção da saúde das populações atingidas por projetos extrativistas envolve disputas por poder político, por participação nos processos decisórios e na definição de políticas públicas, e pelo reconhecimento e respeito às culturas, às cosmovisões e às formas específicas de apropriação material e simbólica dos bens naturais por parte dessa população. Ao mesmo tempo, desafia, segundo Porto *et al.*⁹, a teoria da determinação social do processo saúde-doença a superar a visão estrita da dimensão ecológica e adotar enfoques que integrem questões de saúde e ambiente aos direitos humanos, territoriais e sociais e a pensar a complexidade e a vulnerabilidade numa perspectiva crítica e emancipadora.

Como estudar e intervir em tais processos que geram injustiças ambientais e vulnerabilizam os sujeitos, de modo a politizar o debate e construir um conhecimento com responsabilidade ética e solidariedade àqueles que têm sido, historicamente, destituídos de poder?¹¹.

Dialogando com esta questão, apresentamos neste texto alguns elementos dos aprendizados que pudemos ter ao longo de 20 anos de trabalho nestes territórios, sistematizados no que denominamos *Pedagogia do Território*. Entendemos a Pedagogia do Território como uma práxis inter-

cultural e plurispistêmica entre os saberes de ciência, os de militância e os de experiência vivida por sujeitos nos territórios, que embasa nossa concepção de formação acadêmica, docente e de pesquisadoras/es críticas/os, autônomas/os, solidárias/os e reflexivas/os, capazes de contribuir na construção de uma ciência e um saber emancipatórios¹¹.

É por meio da reconcepção do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão, tornando os seus eixos indissociáveis, que a Pedagogia do Território propõe a construção desse saber. Em vez de extensão – no sentido de “estender o conhecimento a” –, entendemos que essa práxis pressupõe mais precisamente uma *co-labor-ação*, ou uma ação de trabalho conjunto, realizada no diálogo entre sujeitos e saberes, que cria as condições para uma construção compartilhada de conhecimentos, em si, formativa¹².

Trata-se de uma práxis contra hegemônica, que questiona o caráter totalitário, elitista e diretivo da ciência moderna – o que nos exige disposição à insurgência epistêmica e acadêmica, fundamentada em aportes teóricos críticos e descoloniais –, ao tempo que possibilita processos de construção do conhecimento e formação a partir da *co-labor-ação* com os sujeitos dos territórios em conflito ambiental em que nos inserimos, dialogando com seus saberes, acolhendo suas necessidades de conhecimento e considerando seus propósitos de luta para a defesa de seus direitos¹¹.

Em seus pressupostos ético-epistemológicos, a Pedagogia do Território questiona importantes postulados da ciência moderna e das práticas convencionais no campo científico e acadêmico, quando a) problematiza a supremacia do saber científico como o único capaz de iluminar decisões públicas e advoga a complementaridade dos saberes; b) rompe com a relação sujeito-objeto, em que apenas o especialista tem o privilégio de produzir e divulgar o conhecimento, e preconiza a relação sujeito-sujeito; c) abandona a neutralidade axiológica e se pauta pela solidariedade às populações vulnerabilizadas.

Entre os propósitos da Pedagogia do Território estão: a) produzir conhecimentos que tomem em conta a complexidade dos problemas ambientais e dos riscos para a saúde das populações, a partir da consideração do contexto social, econômico e político em sua multiescalaridade; b) fomentar a construção compartilhada de conhecimentos, a partir do reconhecimento e valorização dos saberes populares e tradicionais, e da

facilitação de espaços horizontais de diálogo entre os sujeitos da academia e da comunidade; c) considerar as perspectivas de agenciamento dos sujeitos locais sobre os determinantes dos processos de vulnerabilização que os ameaçam, apoiando e fortalecendo os movimentos de resistência e afirmação de modos de vida próprios aos territórios, e a defesa da saúde.

Assim, compreendemos a participação dos sujeitos sociais e políticos afetados pelos conflitos ambientais para além das metodologias e técnicas que envolvem cada estudo. Todo o processo de produção de conhecimentos orienta-se pela dialogicidade e o compartilhamento, desde a definição dos propósitos e da construção do problema de estudo: quais conhecimentos são necessários para alimentar as lutas travadas em defesa dos direitos? Qual a potência dos diferentes desenhos metodológicos da pesquisa em campo para abrir espaço à enunciação livre e autônoma dos sujeitos, bem como para contribuir na formação da comunidade^v? Como os conhecimentos produzidos de forma compartilhada podem ser comunicados e publicizados, de forma acessível à apropriação pela comunidade? Em que momentos os sujeitos da Universidade podem somar o capital simbólico da academia, num engajamento solidário nas lutas dos sujeitos do território?

No intuito de facilitar a comunicação e o diálogo em torno do que estamos construindo enquanto Pedagogia do Território, relatamos a seguir alguns momentos de nosso trabalho no território de Santa Quitéria/Ceará, junto a comunidades camponesas que vivem próximas à jazida de Itataia, imersas no conflito que envolve a instalação do Projeto Santa Quitéria de mineração de urânio e fosfato.

Produção compartilhada de conhecimentos em Grupos de Pesquisa Ampliados

Desde 2010, a Cáritas e a Comissão Pastoral da Terra (CPT) trouxeram ao Núcleo Tramas/UFC as preocupações de moradoras e moradores

V Destacamos que a Pedagogia do Território conta com fortes influências de metodologias participativas conceituadas no Brasil e na América Latina, a exemplo da pesquisa participante (BRANDÃO, 1981), da investigação-ação participante (FALS BORDA, 2007), da sistematização de experiências (HOLLIDAY, 2006). Dialoga ainda com a Epidemiologia Popular (BROWN, 1992; HALEY, 2005), a Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade - CBPR (LEUNG *et al.*, 2004) e as Comunidades Ampliadas de Pesquisa-Ação (PORTO *et al.*, 2016).

de comunidades próximas à área prevista para o projeto de mineração com as consequências deste para a sua saúde. Desde então temos elaborado junto com eles projetos de pesquisa e processos de construção compartilhada de conhecimentos para compreendermos o empreendimento, suas implicações e riscos para o território, por meio de Grupos de Pesquisa Ampliados (GPA).

Num primeiro momento, inspirados na experiência do Painel de Especialistas de Belo Monte, constituímos um Painel Acadêmico-Popular para analisar o projeto de mineração e o seu Estudo de Impacto Ambiental (EIA). Num segundo momento, constituímos o GPA intitulado “Vigilância Popular em Saúde e Ambiente”, no qual três pesquisadoras/es do Núcleo Tramas – UFC desenvolveram suas pesquisas de mestrado.

O Painel Acadêmico-Popular reuniu pesquisadores procedentes de diferentes campos disciplinares (física nuclear, medicina, geologia, antropologia, economia) para proceder a uma análise integrada e sistêmica do EIA, apontando e contrapondo-se aos limites teórico-metodológicos do estudo realizado a expensas do consórcio empreendedor. Fez-se necessário um esforço de tradução para os moradores da complexa temática científica relacionada à cadeia de decaimento do urânio e seus riscos radiativos – o que foi assumido pelos membros do Painel como promoção da justiça cognitiva, já que as comunidades, diferentemente das empresas, não contavam com a assessoria de especialistas até então¹³. Neste sentido, realizamos caravanas territoriais com o intuito de comunicar o conteúdo do EIA aos moradores, compartilhar a crítica elaborada pelo corpo acadêmico do Painel e realizar o diálogo com os saberes dessas comunidades sobre o seu território e modo de vida.

Entre suas muitas contribuições para a compreensão dos riscos do projeto, para o que o diálogo de saberes se mostrou imprescindível, um caso significativo foi a identificação, pelos moradores, do risco de contaminação das cisternas de placa – tecnologia social desenvolvida para captação e armazenamento da água das chuvas no semiárido. Após compreenderem a lógica das plumas de dispersão das emissões de material particulado e de gases nas operações de lavra e beneficiamento do urânio – nas quais estão presentes o tório, rádio, plutônio, radônio, entre

outros – os camponeses logo identificaram o risco de que esse material, depositado sobre os telhados das casas, seria levado pela chuva para as cisternas de placa, contaminando a água de consumo da família por todo o período de estiagem: um importante risco para a saúde que não havia sido antecipado pelos pesquisadores.

Esses conhecimentos, construídos a partir da escuta das demandas das comunidades, e em diálogo com os saberes e a experiência dos sujeitos do território foram incorporados na construção de um Parecer Técnico produzido pelo Núcleo Tramas/UFC e por um físico nuclear da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA). Observamos que a valorização dos saberes locais pela Universidade cumpriu algum papel político-pedagógico de fortalecê-los em sua identidade social de camponeses, então severamente desqualificados como “atrasados” no discurso hegemônico. A Articulação Antinuclear do Ceará deu seguimento político ao trabalho, utilizando o Parecer como instrumento de pressão junto às instituições públicas responsáveis pelo licenciamento ambiental do empreendimento e ao Ministério Público. Além disso, o compartilhamento destes conhecimentos entre militantes de movimentos sociais e moradores das comunidades ameaçadas foi importante para qualificar e fortalecer seus argumentos nas intervenções durante as audiências públicas promovidas pelo Ibama, em 2014^{VI}. Também os pesquisadores se fizeram presentes nestas audiências e puderam se colocar como sujeitos sociais ao lado dos camponeses e camponesas da região, num esforço de reduzir a assimetria de poderes entre os segmentos sociais em disputa.

Já o GPA “Vigilância Popular em Saúde e Ambiente” teve por objetivo aprofundar conhecimentos sobre novas preocupações trazidas pelas comunidades: a) os riscos de contaminação radiativa da água e de restrição ainda maior do acesso a esse bem, tendo em vista os altos volumes demandados pelo empreendimento; b) o trabalho na mineração, que vinha capturando as subjetividades da juventude local para o apoio ao projeto, e seus riscos para a saúde; c) os riscos gerados para a saúde, além do câncer. Tais procedentes preocupações públicas foram acolhidas como tema de três dissertações de mestrado de integrantes do Núcleo Tramas^{14, 15, 16}.

VI Até o presente momento (janeiro de 2018), o empreendimento não obteve a licença ambiental

O grupo reuniu 24 representantes de diferentes comunidades localizadas no entorno da jazida e pesquisadores do Núcleo Tramas. Os integrantes do grupo, numa dinâmica horizontal de autogestão, definiram o calendário de reuniões e o programa de cada oficina, além do local de realização das mesmas, já que os moradores tinham o objetivo de envolver diversas comunidades.

Uma das primeiras atividades do grupo foi a territorialização das estruturas do projeto Santa Quitéria, realizada no local da jazida de Itataia (Figura 1). A partir da interpretação de mapas e sobreposição das estruturas neles apresentadas à paisagem local, o objetivo era facilitar a percepção das alterações propostas pelo empreendimento para o território. Além da localização precisa das estruturas da mina, da pilha de rejeitos, da pilha de fosfogesso, da bacia de rejeitos e das unidades industriais, foram apresentados também os processos produtivos, o que possibilitou identificar conjuntamente riscos relacionados às fases de instalação e de operação da mineração.

Figura 1 – Territorialização do empreendimento. Grupo de Pesquisa Ampliado às margens do açude Quixaba.



Fonte: Acervo Núcleo Tramas-UFC

À medida que as características do empreendimento proposto se tornavam mais perceptíveis para os moradores das comunidades, com seus conhecimentos situados sobre variáveis ambientais e sociais – como a dinâmica das águas (cursos hídricos locais, regime de chuvas), dos ventos, os modos de vida da população local -identificavam novas questões

ou apontavam elementos até então desconsiderados em problemas já identificados.

Em outra atividade do GPA, relacionada à análise coletiva dos mapas apresentados no EIA, participantes do grupo perceberam que não somente algumas comunidades onde viviam tinham sido omitidas no mapa das áreas de influência do meio socioeconômico do empreendimento, como também inúmeras outras que eles conheciam também não constavam no tal mapa. Esse fato motivou os integrantes do grupo a confrontar o mapa elaborado pela consultoria ambiental, a serviço do empreendimento, com um mapa de elaboração própria.

Foi, então, realizada uma atividade de cartografia social, onde os integrantes desenharam o mapa da região e foram identificando e localizando diversas comunidades. Adicionalmente a este primeiro mapa, os moradores das comunidades defenderam que seria importante elaborar um mapa “semelhante ao das empresas”, para apresentar ao IBAMA e ao Ministério Público Federal. Para isso, definiram representantes das comunidades responsáveis por setores da região, que, em conjunto com dois pesquisadores do Núcleo Tramas, visitaram comunidades que haviam sido invisibilizadas para proceder ao processo de georreferenciamento e caracterização das mesmas. Posteriormente, com ajuda do Laboratório de Geoprocessamento (Labocart), da UFC, esses dados foram organizados em um mapa onde foram identificadas 156 comunidades na Área de Influência Direta do empreendimento, ao passo que o EIA descrevia apenas 16 comunidades na mesma área.

Em outras atividades do GPA os sujeitos realizaram o mapeamento dos atores sociais do Estado, do consórcio empreendedor e dos movimentos sociais, identificando os papéis por eles desempenhados até então no processo de licenciamento ambiental. Assim situados, compreenderam a importância do seu protagonismo na defesa do território e da saúde, já que constataram que as autoridades públicas estavam alinhadas ao empreendimento. Definiram então um Plano de Ação de Vigilância Popular da Saúde e do Ambiente, voltado, entre outras, para a difusão do conhecimento construído no GPA e a construção do envolvimento de outras comunidades até então excluídas do debate. Ao final das oficinas foi formado um comitê local de representantes das diferentes comunida-

des que ficou responsável pelo desenvolvimento das ações de vigilância definidas.

Essa experiência de Grupos de Pesquisa Ampliados possibilitou, a partir do trabalho de tradução dos conhecimentos e informações técnico-científicas a respeito do projeto Santa Quitéria e do diálogo com outros pares da academia, com populações camponesas e com movimentos sociais, a construção de um conhecimento contextualizado e que estabeleceu pontes entre diferentes paradigmas científicos, culturas, valores e linguagens. Um trabalho simultaneamente intelectual e político, transdisciplinar e transcultural, nas palavras de Santos e Meneses¹⁷, que contribuiu para uma maior mobilização e participação das comunidades e movimentos sociais no processo de decisão sobre a viabilidade ambiental do empreendimento e na defesa da saúde. Ao mesmo tempo, na dimensão teórico-epistemológica, contribuiu para uma visão mais integrada das múltiplas dimensões do problema.

Compreendemos a práxis de formação de Grupos Ampliados de Pesquisa como emancipatória à medida que ela contribui para evidenciar os conflitos entre as distintas formas de apropriação do espaço e projetos para os territórios, e a compreender de forma contextualizada a complexidade e a multidimensionalidade que lhes são características, bem como suas consequências para a saúde. Também porque os conhecimentos produzidos a partir desse caminho metodológico contribuem para o fortalecimento da perspectiva da autonomia das comunidades e dos movimentos sociais na gestão dos territórios, para processos de mobilização social, de comunicação e de desenvolvimento de ações de vigilância à saúde de base popular, diante das ameaças apresentadas pelos agentes econômicos e pelo Estado.

Considerações finais

Compreendemos que a Pedagogia do Território é o exercício de admirar o objeto de estudo junto a outros sujeitos, saberes e propósitos, a fim de orientar o nosso olhar para sua totalidade concreta, explicitando

determinações e mediações históricas que o constituem¹⁸. Temos acordo com Porto¹⁹, para quem a construção do conhecimento e as discussões em torno dos processos de decisão que podem impactar o modo de vida e a saúde das populações devem se dar por meio de diálogos, “não só entre os vários campos da ciência, mas desta com outras formas legítimas de conhecimento que incluam valores, vivências e necessidades das pessoas e comunidades da sociedade envolvidas no problema”. É neste sentido que compreendemos e valorizamos sua participação nos processos de pesquisa.

Nossa avaliação é de que a Pedagogia do Território, ao agir como um catalisador de saberes, sujeitos e propósitos, inter-relacionando formação, construção compartilhada de conhecimentos e colaboração social, para a construção de um saber emancipatório, nos coloca diante de dimensões importantes em nossa prática acadêmica: a) favorece processos de desalienação por meio do diálogo com culturas silenciadas e invisibilizadas historicamente; b) promove aprendizagens a partir da experiência, do sentir e do agir, em diálogo com sujeitos dos territórios e entidades parceiras; c) reconhece a Interdisciplinaridade e a Ecologia de Saberes como necessidade e prática cotidiana em contexto de conflitos ambientais; d) enriquece metodologias participativas de pesquisa, práticas formativas e intervenção social; e) estimula a busca por outras linguagens e outras formas para a comunicação e a validação do conhecimento construído; f) permite exercitar a função social da universidade; g) fomenta a discussão acerca da complementaridade dos saberes no campo científico¹².

Esse modelo de entender, construir e dar sentido ao conhecimento, que desafia o *modus faciendi* do fazer científico tradicional, para nós, em diálogo com Ghizo²⁰, se tece em tramas de indignação, autonomia, apropriação e esperança. A indignação, para não nos contermos diante das injustiças; a autonomia, para rompermos com os modelos que limitam os sonhos; a apropriação – do exercício de construir o conhecimento no coletivo –, para nos levar em direção ao saber com pertinência; a esperança, para superarmos as “situações-limites” e concretizarmos o “inédito viável”²¹.

Referências

1. Svampa M. Pensar el desarrollo desde America Latina. Seminario Latino-americano Derechos de la Naturaleza y Alternativas al Extractivismo. Buenos Aires; Argentina. nov. 2011. Disponível em <http://maristellasvampa.net/archivos/ensayo56.pdf>, acesso em 23 ago. 2016.
2. Henriques AB, Porto MFS. A inserção do Brasil no mercado mundial de alumínio: incorporando contribuições da Ecologia Política para a Saúde Coletiva. Saude soc. [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Mar 02]; 23(2): 418-431. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200418&lng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200006>.
3. EJOLT. The Environmental Justice Organisations, Liabilities and Trade. Grain, Martinez-Alier, J., Temper, L., Munguti, S., Matiku, P., Ferreira, H., Soares, W., Porto, M. F., Raharinirina, V., Haas, W., Singh, S. J., Mayer, A. The many faces of land grabbing. Cases from Africa and Latin America. 2014. EJOLT Report No. 10, 93 p.
4. Acselrad H. Disputas cognitivas e exercício da capacidade crítica: o caso dos conflitos ambientais no Brasil. Sociologias. 2014; 16(35):84-105.
5. Porto MFS. Uma Ecologia Política dos Riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
6. RBJA. Rede Brasileira de Justiça Ambiental. Manifesto de Lançamento. Rio de Janeiro, 2011.
7. Acselrad H; Herculano S; Pádua JA. organizadores. Justiça ambiental e cidadania. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará; 2004
8. Martinez-Alier J, Anguelovski I, Bond P, Del Bene D, Demaria F, Gerber J -F, Greyl L, Haas W, Healy H, Marín-Burgos V, Ojo G, Porto M, Rijnhout L, Rodríguez-Labajos B, Spangenberg J, Temper L, Warlenius R, Yáñez I. Between activism and science: grassroots concepts for sustainability coined by Environmental Justice Organizations. Journal of Political Ecology. 2014; 21: 19-60
9. Porto Marcelo Firpo de Souza, Rocha Diogo Ferreira da, Finamore Renan. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um

- enfoque socioambiental crítico. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Out [citado 2018 Mar 02] ; 19(10): 4071-4080. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004071&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09062014>.
10. Zhouri, A. (Org.). Valencio N. Organizadores. *Formas de Matar, de Morrer e de Resistir: limites da resolução negociada de conflitos ambientais*. Belo Horizonte: UFMG, 2014.V 1
 11. Rigotto RM. *Memorial Tramas 20 anos*. Fortaleza: Faculdade de Medicina/UFC, 2016.
 12. Leão FAF. Melo RD. Gomes JF. *Pedagogia do território e juventudes do campo no Ceará*. In: *Anais do II Encontro Nacional de Pesquisa e Práticas em Educação*. Natal-RN: UFRN, 2016
 13. Rigotto, RM. *Contested Knowledges in the Environmental Conflict over Uranium and Phosphate Mining in Ceará – Brazil*. *Vibrant*, may-august 2017; 14 (2): 184-204.
 14. Melo RD. *Riscos ambientais e processos de vulnerabilização: estudo de caso do projeto de mineração de urânio e fosfato em Santa Quitéria, Ceará*. [Dissertação Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente]. Universidade Federal do Ceará, 2015
 15. Costa DS. *O desafio da garantia do direito à saúde em contexto de conflito ambiental: construindo estratégias de vigilância da saúde no sertão central cearense em um contexto da possível implantação da mineração de urânio e fosfato*. [Dissertação Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Federal do Ceará, 2015
 16. Ribeiro LA. *Risco e injustiça hídrica no semiárido: contribuição à avaliação de Equidade ambiental do projeto de mineração de urânio e fosfato em Santa Quitéria, Ceará*. [Dissertação Mestrado Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento]. Universidade Federal do Ceará, 2016
 17. Santos BS; Meneses, MP. Organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010
 18. Kosik K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
 19. Porto, MFS. *Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política*. *Revista Crítica de*

Ciências Sociais. Jun./2011 N°93, p. 31-58. Disponível em <https://rccs.revues.org/133?lang=pt>. Acesso em 07/09/2016.

20. Ghizo A. Entre el hacer lo que se sabe y el saber lo que se hace: una revision sui generis de las bases epistemologicas y de las estratégias metodológicas. Revista Aportes. 2004; n° 57. Bogotá, Disponível em <http://www.dimensioneducativa.com/assets/aportes-57.pdf>. Acessado em 07 de setembro de 2016.
21. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
22. Porto MFS. Finamore R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(6): 1493-1501.

***Design thinking* como ferramenta de intervenção para mudança da prática assistencial na Atenção Integral à Saúde da Criança – em foco a gestão assistencial do desenvolvimento infantil**

Caroline Carapiá Ribas Lisboa^I
Sonia Ioyama Venancio^{II}

Introdução

A abordagem metodológica que foi desenvolvida neste trabalho é um convite para aqueles que quiserem dedicar o seu tempo a experimentar estudos e propostas que utilizem métodos participativos de pesquisa para identificação de problemas de saúde e inovações que ajudem no seu enfrentamento.

A metodologia participativa é entendida como um conjunto de procedimentos através dos quais os sujeitos (internos ou externos à universidade), tornam-se atores aptos a compartilhar a construção de um projeto e seu desenvolvimento, efetivando o conhecimento e viabilizando soluções para os problemas detectados, de forma a potencializar o espírito crítico através de discussões e outras formas de atuação coletiva¹.

I Caroline Carapiá Ribas Lisboa (carolinecr.lisboa@gmail.com) possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (2006). Mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde do Estado de São Paulo (2016). Atualmente exerce a função de Gerente do AMA Especialidades Capão Redondo.

II Sonia Ioyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é Médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Pesquisadora e Vice-Diretora do Instituto de Saúde- SES/SP

Participar, no entender de Brose², vai muito além de estar presente, significando envolver-se no processo, dar opiniões, concordar, discordar, analisar, propor, decidir, avaliar, enfim, ser elemento integrante. A premissa básica da participação é que os indivíduos sejam sujeitos do processo, com respeito às ideias do grupo. A participação não é somente instrumento de solução de problemas, mas uma necessidade humana de autoafirmação e de integração social, para criar, realizar, contribuir, sentir-se útil. Assim, essa metodologia está relacionada a uma postura ética, com vistas à emancipação e à autonomia dos participantes.

Segundo Sérgio Cardioli³, a participação não se restringe, somente, a um instrumento para a solução de problemas, ela amplia a motivação e o entusiasmo das pessoas, além de expandir novas formas de conhecimento. Assim, a importância da participação pode ser enfatizada sob dois aspectos:

- Instrumental: no que se refere a maior eficácia quando realizamos coisas em conjunto.
- Afetivo: no que se refere a um maior estímulo, segurança e confiança ao se realizar trabalhos em equipe.

Por isso, participar vai além do simples fato de estar presente. Participar significa tomar parte no processo; acompanhar de forma qualificada durante o projeto e ao final dele as atividades geradas por meio das decisões coletivas, e envolve ainda, a partilha dos resultados.

A partir deste conceito, podemos identificar que os pressupostos básicos que envolvem a metodologia participativa sustenta o trabalho desenvolvido e relatado neste texto, que está estruturado da seguinte forma: um tópico conceitual sobre os fundamentos do *Design Thinking*, seguido da contextualização de uma pesquisa realizada, na qual a abordagem do *Design Thinking* foi utilizada como principal método para a intervenção proposta e, por fim, os resultados alcançados ao final do estudo, demonstrando um desfecho positivo para a continuidade do uso do *Design Thinking* como ferramenta colaborativa para mudança de práticas assistenciais nas diversas áreas da saúde.

Fundamentos do *Design Thinking*

Design é essencialmente uma profissão de cunho interdisciplinar e que ocupa seu lugar em organizações assumindo diversas responsabilidades na adaptação de produtos. Segundo Mozota 2003 apud DEMARCHI, FORNASIER, MARTINS⁴ o design tornou-se profissão nos Estados Unidos em 1930. No contexto da crise econômica de 29, manufaturas rapidamente tornaram-se cientes do papel do design de produto no sucesso comercial. Os primeiros designers foram consultores autônomos, criavam com finalidade comercial, permitindo a convergência entre o industrial e o criador, que adaptava a forma à moda vigente. Foi também, por volta de 1930 que, segundo Mozota, o primeiro sistema de identificação visual apareceu. Com isso, pioneiros dos designers autodidatas (arquitetos e artistas), estenderam suas influências para a indústria e o mercado de outros países. No Brasil, a formação acadêmica foi instaurada entre os anos 1950 e 1960, o que explicaria a diversidade de currículos do curso de Design cuja formação pode estar voltada às artes, ou à escola politécnica, e à diversidade dos conceitos e aplicações do design. No entanto, a maior evolução desde 1990 tem sido a relação entre design e tecnologia.

Cavalcanti e Filatro⁵ refere que a concepção moderna do design o tornou uma ferramenta poderosa de produção capaz de projetar e transformar artefatos industriais, que sejam físicos ou analógicos, culturais, digitais ou virtuais. As autoras também observam que mais recentemente o campo do design demonstra uma atenção crescente aos aspectos mais humanos e para contextualizar melhor essa questão analisam algumas das muitas dimensões do design diante da complexidade que o conceito apresenta.

A primeira dimensão analisada pelas autoras é o design como profissão, onde após a crise econômica nos Estados Unidos em 1929 os fabricantes perceberam a importância do design nos produtos para terem êxito em suas vendas e por isso a área se tornou objeto de uma profissão. E a partir de então a profissão se desdobrou em muitas outras como Designer Industrial, Designer Gráfico, Designer Educacional, etc⁵.

A segunda dimensão analisada foi o design como processo onde um conjunto de atividades é comum aos vários profissionais de design,

apresentando a criação de algo como resultado. A terceira dimensão seria o design como produto sendo o termo utilizado fortemente à estética dos produtos resultantes de um processo sistemático de criação, como por exemplo, uma embalagem, um mobiliário, utensílio ou uma máquina⁵.

E por fim o design como modo de pensar, *Design Thinking* (DT), que hoje vem sendo objeto de estudo de vários pesquisadores que buscam compreender como os profissionais de design pensam. Segundo Tim Brown⁶, o processo de *Design Thinking* gira em torno de três fases fundamentais: inspiração, ideação e implementação. Durante essas fases, os problemas são questionados, as ideias geradas e as respostas obtidas. Brown⁶, da Ideo, ainda propõe que o DT seja uma abordagem que utiliza sensibilidade na resolução dos problemas e no atendimento às necessidades das pessoas como uma tecnologia viável e comercialmente factível.

Ainda nessa linha, Bonini e Sbragia⁷ citam em seu texto recente as palavras de Cardon que descreve o DT como “uma ferramenta útil que aplica o pensamento criativo e crítico para compreender, visualizar e descrever os problemas complexos ou mal estruturados e, em seguida, desenvolver abordagens práticas para resolvê-los”.

Para Nitzsche apud Cavalcanti e Filatro⁵, a abordagem do DT se dá pelo pensamento integrado, específico dos designers, e consiste em cinco etapas o que torna o trabalho mental mais efetivo: pensamento divergente e pensamento convergente; pensamento analítico e pensamento sintético; pensamento dedutivo e pensamento abduutivo; pensamento materializado e pensamento experimental; pensamento individual e pensamento colaborativo.

Cavalcanti e Filatro⁵ detalham esses diferentes modos de pensar traçando didaticamente a construção do conceito que anteriormente parecia ser tão complexo para muitas pessoas que se interessavam pelo tema.

Pensamento divergente e pensamento convergente – O pensamento divergente é a capacidade criativa e a habilidade de imaginar cenários que retratem o que se espera do futuro. Já no pensamento convergente filtram-se as opções para se fazer escolhas. Há então uma decisão entre alternativas existentes e concebidas no processo do design.

Pensamento analítico e pensamento sintético – São complementos naturais do pensamento divergente e convergente, onde a análise consiste na separação de um todo em seus elementos constituintes, enquanto que na síntese juntam-se as partes analisadas para que de modo criativo o todo tenha novo significado.

Pensamento dedutivo e pensamento abduutivo – No pensamento dedutivo parte-se dos princípios gerais para se chegar a um específico, ou seja, do que algo deve ou deveria ser (aplicado para verificar se algo existe). O pensamento indutivo funciona de forma contrária, parte-se dos casos específicos para se chegar a conclusões mais gerais (é aplicado com vistas a verificar se algo funciona). Tanto a dedução ou a indução preveem e explicam fenômenos que já existem no mundo. Para o *Design Thinking* o pensamento que se deseja é o da abdução, pois sugere algo que pode ser, demonstrando a capacidade criativa ou produtiva do *designer thinker*, que tem a intenção de criar coisas novas e resolver problemas difíceis, complexos ou mal estruturados.

Pensamento materializado e pensamento experimental – Significa tornar tangível ou materializar os pensamentos do designer, dar forma aos pensamentos, mostrar e não contar as soluções projetadas. São os pensamentos que anteriormente eram existentes apenas na mente criadora, agora testados e experimentados.

Pensamento individual e pensamento colaborativo – Nessa forma, o trabalho individual é substituído pelo trabalho em grupo, composto por uma equipe multiprofissional que, trabalhando em conjunto, desenvolve soluções criativas como forma de processos, produtos e/ou serviços. Com isso, a co-criação ou a articulação de pessoas de diferentes competências geram resultados excelentes em qualquer ramo de atividade.

Portanto, o design, que antes era interpretado apenas como uma tarefa no âmbito do desenvolvimento de novos produtos, hoje pode disseminar o seu “pensar” (*Design Thinking*), capilarmente em qualquer organização, como um novo paradigma de inovação⁶.

A partir da observação dos processos de *Design Thinking* utilizados por Tim Brown⁶, as etapas do DT podem ser descritas como:

a) *Observar, Ouvir, Entender* – Visa entender as expectativas, desejos e necessidades das pessoas. Antes de ir a campo para coletar dados, é importante definir um desafio estratégico que irá nortear o projeto. O desafio estratégico pode ser lançado pela liderança organizacional ou estabelecido pela equipe que irá trabalhar no projeto. O importante nesta definição é que represente uma problemática enfrentada por um determinado grupo de pessoas ou oportunidade que a organização queira explorar. Definido o desafio estratégico a equipe deve organizar-se para o levantamento de informações que serão coletadas na forma de observações, entrevistas e, se possível, vivenciando os contextos variados em que os usuários ou pessoal envolvidos no problema estão inseridos.

b) *Definir, Idealizar, Criar* – Esta é a etapa mais abstrata do processo e vai demandar dos envolvidos no projeto a habilidade de síntese e interpretação das informações coletadas dando enfoque aos possíveis insights ou ideias que tenham surgido na etapa anterior. Quando os desejos e necessidades das pessoas estiverem definidos e categorizados, ficará mais fácil revisitar o desafio estratégico e estabelecer o problema que irá nortear o projeto daquele ponto em diante. Em seguida a equipe participa de sessões de chuva de ideias (*brainstorming*) onde os participantes sugerem uma grande quantidade de soluções concebidas. O próximo passo consiste na seleção das melhores soluções e *insights* trazidos pela equipe.

c) *Prototipar, Testar, Implementar* – A partir das ideias trazidas pela equipe durante as etapas idealizar e criar, os participantes do projeto se mobilizam para produzir protótipos rápidos que deverão ser testados preferencialmente com os próprios participantes que foram observados e entrevistados nas etapas iniciais do *Design Thinking*. Os protótipos permitem que os pensamentos se materializem. A seguir as melhores soluções que foram testadas, via prototipagem, são implantadas e seu impacto é monitorado. Nesta etapa também está prevista a implementação de soluções piloto que podem ser testadas pelos usuários.

A Utilização do *Design Thinking* como Abordagem Metodológica em Pesquisas na Área da Saúde

Na literatura há poucos relatos que revelam ter adotado o *Design Thinking* como abordagem metodológica na área da saúde. Nesta sessão traremos três exemplos com objetos de estudos distintos que utilizaram o DT para resolverem questões relacionadas a fluxo de paciente, gravidez na adolescência e na experiência de pacientes infantis e seus pais e acompanhantes na utilização de produtos de alta tecnologia para a área da saúde gerando a criação de linha específica de um novo produto adaptado a realidade infantil.

Caurillaux e Quelhas⁸ utilizaram a metodologia do DT para estudar o fluxo perioperatório, ou seja, o período de tempo que vai desde que o cirurgião decide indicar a operação e comunica ao paciente até que este último retorne, depois da alta hospitalar, às atividades normais. A abordagem metodológica teve como principal objetivo desenvolver uma proposta para humanização da atenção ao paciente eletivo que passava pela experiência perioperatória. Foram realizadas entrevistas com profissionais envolvidos no perioperatório, além de observação padronizada em centros cirúrgicos. Os autores relacionaram, através da abordagem do DT, o estado da arte com as informações obtidas em campo, oportunizando a geração de diversos insights que foram selecionados junto com os principais colaboradores, seguindo as etapas estabelecidas pela metodologia. Com isso, diversos protótipos foram criados, testados e refinados com os profissionais da saúde, possibilitando a compreensão das necessidades dos pacientes nos níveis físico, emocional e cognitivo. Os resultados da pesquisa buscaram garantir que o paciente tivesse um atendimento humanizado e seguro, onde sua individualidade fosse respeitada, promovendo o direito de escolha perante as diversas possibilidades de tratamento e a reintegração na sociedade com uma nova postura perante sua gestão pessoal da saúde.

Kadouaki e Marra⁹ utilizaram a abordagem do DT para o desenho colaborativo de soluções de um problema coletivo: a gravidez na adolescência. Os autores consideraram um projeto de inovação aberta, que buscou utilizar a inteligência coletiva para construir soluções de um pro-

blema considerando essencialmente as necessidades do usuário como ponto de partida do desenho de um serviço público.

A equipe procurou responder através da metodologia proposta questões como, por exemplo: Como conduzir um processo de inovação aberta? Como utilizar canais virtuais para promover participação? Como testar ideias antes de sua efetiva implantação? Como prototipar serviços públicos? Na fase de “escuta”, o problema escolhido foi a falta de bem-estar da adolescente gestante; Na fase de “Ideias”, a sociedade foi convidada a responder a pergunta “Como promover o bem-estar da adolescente durante a gravidez?” As discussões ocorreram de forma virtual ou presencial e uma série de ideias foram apresentadas como resultado da coleta de respostas às questões desafiadoras. Em seguida, na fase que foi denominada de “Ações”, os autores e sua equipe verificaram qual abordagem seria mais adequada para levar informações de qualidade às jovens, de forma adaptada ao seu contexto. Um protótipo foi desenhado com base nas ideias recebidas, testado junto às adolescentes e provando que a abordagem adequada facilita a assimilação de informações relevantes para o seu bem-estar.

Como terceiro exemplo de estudo realizado na área da saúde em que o DT foi utilizado como abordagem metodológica, citamos um estudo que traz uma transformação ímpar em sala de procedimento para realização de exame de tomografia em crianças. Caurillaux⁸ relata o estudo de caso de um projeto que foi realizado segundo os preceitos do DT, seguindo as macroetapas de descoberta, inspiração, idealização e implementação.

Durante a etapa de Inspiração ocorreram processos de observação do uso do produto, além de entrevistas com os principais envolvidos. Foi constatado que o processo inicia muito antes da interação com o produto (tomógrafo). O uso do aparelho envolvia a entrada em uma sala demarcada por fitas semelhantes às utilizadas em cenas de crime, iluminação escura, muito barulho, equipe tensa e despreparada, dentre outros. Além disso, havia outras preocupações das perspectivas dos pais das crianças que girava em torno da falta no trabalho, do resultado do exame, da aprovação do convênio médico, etc.

Durante a etapa de Idealização destacaram-se os processos de co-criação com as crianças utilizadoras do produto, funcionários do hospital e outros. Nesse sentido, a equipe se aprofundou, com a ajuda de consultores, no conhecimento sobre o desenvolvimento infantil que após serem estudados e refinados – em novos momentos de co-criação, passaram para a etapa de implementação.

Na etapa de Implementação foram aplicados diversos protótipos das “aventuras” desenvolvidas, além da contínua evolução na interface com o usuário. Foram realizadas ambientação do local, treinamento dos funcionários e o acréscimo de outros estímulos sensoriais, como músicas e cheiros, dentre outras iniciativas na sala do procedimento onde estava instalado o aparelho. O resultado final foi a produção de uma linha de produtos chamada GE *adventure series* que transformou a experiência de uso do produto, criando uma grande aventura que levou o índice de satisfação dos clientes a mais de 90%.

Abaixo as imagens do produto como era utilizado anteriormente ao estudo realizado com a aplicação metodológica do *Design Thinking* ilustrando o potencial da metodologia também no desenvolvimento de produtos.





A demonstração do potencial do DT em projetos cujo escopo está ligado a área da saúde revela o potencial latente, mas também revela que o campo ainda carece de aprofundamento conceitual e outras pesquisas que consolidem a metodologia como ferramenta capaz de buscar as reais necessidades ou causas de um problema e sua consequente resolução criativa e resolutiva fortalecendo a rede de estudo e aprofundamento no campo do *Design Thinking*.

***Design Thinking* como ferramenta de intervenção para mudança da prática assistencial na Atenção Integral à Saúde da Criança**

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a atenção à criança vem sendo apontada como ação prioritária. Uma das atribuições da APS é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil que deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para

que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida¹⁰.

Embora a vigilância do desenvolvimento seja uma ação básica de saúde do programa de atenção integral à saúde da criança em nosso País, não podemos dizer que tem havido implementação dessa ação. Uma das razões é que o desenvolvimento não pode ser avaliado tão simples e objetivamente como o crescimento, por exemplo, e as intervenções não podem ser prescritas como se faz com uma vacina ou um antibiótico. Para responder a essa dificuldade, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de avaliar a efetividade uma intervenção voltada à sensibilização de profissionais de saúde para a avaliação do desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

Dessa forma, foi realizado um estudo de intervenção, controlado, randomizado, em que um grupo de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de três Unidades Básicas de Saúde, que prestam assistência a crianças, cadastradas na Estratégia Saúde da Família, receberam uma capacitação (grupo intervenção) e outro grupo de três unidades, não receberam (grupo controle).

A intervenção foi realizada de forma a sensibilizar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família para que tivessem seus conhecimentos e práticas aperfeiçoadas, a fim de que suas ações fossem direcionadas para a vigilância do desenvolvimento infantil. Para esta intervenção foram adotadas metodologias crítico-reflexivas voltadas ao cuidado da Primeira Infância. A capacitação foi realizada no mês de julho 2015, todas as sextas-feiras, uma turma no período da manhã e uma turma no período da tarde, com carga horária de oito horas para todas as categorias profissionais. Os participantes foram divididos por Unidade de origem, proporcionando que toda a equipe da Estratégia Saúde da Família realizasse a capacitação em conjunto. O conteúdo foi dividido em duas sessões de quatro horas cada uma, onde na primeira sessão os profissionais foram sensibilizados para um olhar ampliado para Atenção à Saúde da Criança e temas em comum para todas as categorias e na segunda sessão o conteúdo estava relacionado com o que se pretendia que cada profissional desenvolvesse em sua prática cotidiana, utilizando-se a abordagem do *Design Thinking*⁶.

As fases do *Design Thinking* foram aplicadas em ciclos de iteração não lineares e versáteis. Isso porque suas fases podem, durante o processo de execução, ser ajustadas às necessidades do projeto, bem como ao contexto do problema e, assim, sua realização pode ocorrer de maneira independente, não sendo necessário esperar o término de uma fase para se iniciar outra. A seguir são apresentadas de maneira sucinta as principais fases que compreenderam o ciclo de aplicação de *Design Thinking* neste estudo, a fim de identificar soluções para fortalecer a vigilância do Desenvolvimento Infantil por meio da utilização da Caderneta de Saúde da Criança.

• Imersão

A fase de Imersão é dividida em preliminar e em profundidade. Na imersão preliminar a equipe buscou entender o universo do problema e o tema a ser estudado a partir de diversas perspectivas, obtendo diferentes pontos de vistas acerca deste. Foram realizadas pesquisas exploratórias em campo, onde foi realizada a observação do ambiente onde o problema está inserido, ou seja, os profissionais visitaram serviços onde outro profissional da equipe atuava, como por exemplo o auxiliar de enfermagem assistiu a consulta do enfermeiro, o enfermeiro assistiu a consulta do médico, o agente comunitário de saúde assistiu a prática da sala de vacina e o médico assistiu a abordagem do agente comunitário de saúde em sua visita domiciliar. Também foram identificados, nesta fase, os principais envolvidos na esfera do projeto, além de serem definidos o escopo, limites e restrições para o planejamento e execução do projeto.

A Imersão em profundidade iniciou com uma pesquisa baseada em entrevistas não-estruturadas, realizadas com os principais interessados (*stakeholders*) a fim de explorar as visões acerca do contexto do problema. Todos os profissionais das equipes de saúde da família foram ouvidos quanto às questões que mais dificultavam a prática da anotação dos marcos do desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. Objetivou-se, com isto, identificar o que implicava direta e/ou indiretamente na vida das partes envolvidas o problema em questão, levando-se em consideração aspectos positivos e negativos. Desta forma, todas as reflexões gera-

das foram registradas e, a partir destas, foram extraídos *insights* e conclusões preliminares sobre o tema trabalhado.

• **Análise e Síntese**

Na fase de Análise e Síntese, como o próprio nome sugere, foram realizadas a análise e a síntese das informações coletadas na fase de Imersão. O objetivo foi identificar os principais problemas e pessoas (denominadas de “personas”) inerentes ao universo estudado. Além disto, determinaram-se as primeiras ideias de solução a serem prototipadas. Em suma, se buscou a compreensão, parcial ou total, do que poderia ser abordado no projeto de solução final.

Analisando as informações coletadas foram extraídas as principais atividades onde estavam ocorrendo problemas neste contexto, tais como:

- Tempo de consulta médica apenas de 15 minutos;
- Desconhecimento teórico dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Marcos do Desenvolvimento;
- Falta de caderneta de saúde da criança na rede assistencial;
- Pouco envolvimento dos auxiliares de enfermagem com as ações de assistência integral na Estratégia Saúde da Família;
- Desconhecimento das mães sobre a importância dos marcos do desenvolvimento infantil;
- Falta de equipamentos tecnológicos como ferramenta de otimização das consultas médica e de enfermagem;
- Nenhuma utilização da sala de vacina como ambiente favorável para verificação e avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil;
- Entre outros.

• Ideação

Após definidas as personas e identificados os problemas mais pertinentes realizou-se então o processo de ideação, por meio de uma sessão de brainstorming, com base nas informações obtidas durante a fase de Imersão. Neste processo ocorreu a geração das ideias para implementação do protótipo, onde o foco foi analisar e direcionar as ideias para soluções que atendessem à necessidade do cumprimento da meta estabelecida que era o preenchimento das cadernetas de saúde da criança no que se refere aos marcos do desenvolvimento infantil.

Durante aproximadamente 2 horas foram expostas, em um quadro, as principais ideias, e com base nisto, foram pensadas duas hipóteses para o protótipo. Uma estava direcionada à formação de grupos educativos para as mães e como ação prática e consequente deste grupo as crianças seriam avaliadas e as cadernetas seriam atualizadas no momento do grupo. A outra estava direcionada para a convocação individual das crianças pelos Agentes Comunitários de Saúde, em suas visitas de acompanhamento das famílias ou os Auxiliares de Enfermagem na sala de vacina, quando identificassem uma caderneta com ausência de preenchimento no quesito marcos do desenvolvimento infantil.



• Prototipação

Nesta fase foi quando de fato materializou-se a abstração feita na fase de Ideação, sobre as hipóteses de soluções apontadas como satisfatórias para sanar ou mitigar os problemas existentes para a falta de preenchimento das cadernetas de saúde da criança. Assim, foram construídos protótipos de artefatos que representavam os produtos e serviços criados para atender os problemas identificados.

As equipes fizeram seu planejamento através do *Business Model Canvas* ou “Quadro de modelo de negócios” que é uma ferramenta de gerenciamento estratégico. É um mapa visual pré-formatado contendo nove blocos que deve estar sempre sendo avaliado ao longo do tempo para saber se cada um está sendo bem atendido ou se é necessário fazer alteração em algum deles para se conseguir um melhor resultado. O mapa é um resumo dos pontos chave de um plano, é uma ferramenta menos formal que pode ser utilizada com mais frequência no dia a dia¹¹.





Avaliação e Resultados do Processo de *Design Thinking* na Gestão Assistencial do Desenvolvimento Infantil

Com o objetivo de avaliar a assertividade do processo de *Design Thinking* quando aplicado ao contexto já anteriormente relatado foi realizado um estudo para a análise do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e das orientações dadas pelos profissionais de saúde para as mães, em uma amostra de 91 crianças no grupo exposto e 91 crianças no grupo controle, totalizando 182 crianças que foram captadas nas UBS do estudo nos dois momentos (antes e após a intervenção), por meio de sorteio a partir do cadastro da Estratégia Saúde da Família.

Para avaliação das CSC, foi realizado um levantamento nas cadernetas das 182 crianças sorteadas para o estudo, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário. Esta ação foi realizada durante a visita de acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde, antes e após a intervenção nos meses de junho e dezembro de 2015.

Em relação às orientações dadas às mães, foram coletadas informações por meio de questionário semiestruturado em entrevistas domiciliares “antes e depois” da intervenção proposta, para as 182 mães das crianças sorteadas, sendo 91 do grupo controle e 91 do grupo intervenção, a fim de avaliar se o profissional de saúde orientou a mãe sobre o desenvolvimento infantil, visando à verificação das condutas dos profissionais frente à vigilância do desenvolvimento infantil.

Os resultados deste estudo foram divididos em três tópicos, sendo o primeiro relacionado ao conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil; o segundo tópico sobre o preenchimento adequado das CSC de crianças que realizam acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde envolvidas; o terceiro e último tópico referiu-se às orientações realizadas pelos profissionais de saúde às mães das crianças selecionadas para este estudo.

Conhecimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre o desenvolvimento infantil

Os resultados referem-se a 170 profissionais que responderam ao teste de conhecimentos pré e pós-capacitação. Com relação ao desempenho no pré e pós testes por categoria profissional, observa-se pouca variação, não havendo diferença significativa nos conhecimentos entre os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. O oposto ocorre com a categoria ACS, que apresenta melhor desempenho, com uma diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas no pré e pós testes.

Cadernetas de Saúde da Criança – CSC

A avaliação do preenchimento da CSC incluiu 183 crianças no grupo exposto (92 pré e 91 pós-intervenção) e 163 crianças no controle (90 pré e 73 pós-intervenção). Tomou-se como referência as orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança (2005), sendo considerados preenchidos corretamente quando estavam de acordo com o manual do Ministério da Saúde. Com base na prática dos profissionais estudados, foram selecionados itens essenciais ao acom-

panhamento da saúde da criança e cujo preenchimento foi considerado como indispensável.

Em relação à vigilância dos marcos do desenvolvimento infantil como importante indicador a ser registrado na CSC, de uma forma geral, os dois grupos apresentaram aumento no percentual de preenchimento. Mesmo tendo um resultado satisfatório para os dois grupos, curiosamente quando analisadas as CSC que passaram a ter pelo menos um registro dos marcos do desenvolvimento infantil, verificou-se que o grupo controle apresentou um maior percentual na fase pós intervenção (grupo controle de 44 para 72%; $p=0,00$ vs grupo intervenção 59 para 73%; $p<0,035$).

Orientações dadas às mães

Foram selecionadas três questões para avaliação antes e após a intervenção, em relação à abordagem dos profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao desenvolvimento infantil, aplicadas às mães cujas crianças tiveram suas CSC analisadas quanto ao preenchimento.

Os resultados apontam que houve uma valorização dos profissionais do grupo intervenção quanto às orientações dadas às mães e/ou cuidadores da criança em relação aos marcos do DI, uma vez que os dados coletados revelam incrementos estatisticamente significantes na comparação pré e pós intervenção.

A primeira questão refere-se ao fato de o médico ou enfermeiro ter perguntado à mãe/cuidador sobre sua percepção quanto ao desenvolvimento da criança. Para esta questão no segundo momento de avaliação o grupo intervenção apresentou um aumento de 39 para 60 % ($p=0,001$), enquanto que no grupo controle não houve diferença estatisticamente significativa.

Considerado fator importante, o atendimento do profissional na atenção primária, procurou-se obter da população participante da pesquisa se, durante as consultas de puericultura, foram observados pelo médico ou enfermeiro marcos do desenvolvimento da criança. Mais uma vez, as respostas do grupo intervenção mostraram diferença significativa (43 versus 56% com $p=0,003$) após a ação de sensibilização junto aos profissionais do grupo intervenção.

Quando indagadas sobre as possíveis orientações ofertadas sobre DI pelo médico ou enfermeiro da Equipe Saúde da Família, observou-se um aumento considerável no número de respostas afirmativas no grupo intervenção comparado ao grupo controle, sendo esse aumento estatisticamente significativo ($p=0,002$).

Para o grupo controle não houve nenhum impacto estatisticamente significativo para as três questões analisadas, falando a favor de um resultado favorável à intervenção.

Considerações sobre a pesquisa e a utilização do *Design Thinking* como método de intervenção

Os resultados desse estudo mostram a efetividade de uma intervenção realizada junto a equipes de Saúde da Família, na qual se procurou verificar o conhecimento destes profissionais acerca da temática do DI, da vigilância do DI e seu registro nas CSC e sobre a abordagem dos médicos e enfermeiros sobre esse tema junto às mães.

Os achados desta pesquisa apontam mudança de atitude dos profissionais de saúde após a intervenção, com o aumento significativo do percentual de mães que indicaram ser orientadas por médicos e enfermeiros quanto avaliação do desenvolvimento infantil.

Esta mudança de prática revela o cumprimento da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil em consonância com os princípios e diretrizes norteadores do cuidado à criança, constituindo o primeiro passo para um acompanhamento seguro, com subsídio para um diagnóstico e estratégias efetivas para resolução de problemas que possam surgir¹².

Acredita-se com esta constatação que a intervenção cumpriu com a função de ampliar o entendimento dos profissionais em relação à vigilância do desenvolvimento infantil, proporcionando aquisição de novos conhecimentos, motivação para aplicação do conteúdo e execução de projetos em suas práticas profissionais.

A intervenção realizada neste estudo apresentou-se como um método simples, de baixo custo e fácil de ser aplicada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, podendo ser um importante meio de contri-

buição para a operacionalização da vigilância do desenvolvimento infantil, fortalecendo as consultas de puericultura para uma atenção à saúde da criança voltada não só ao ganho ponderal como aos marcos do desenvolvimento, detecção precoce de desvios e sua consequente prevenção, ocorrendo um salto qualitativo ao cuidado integral.

Este trabalho apresentou o relato da jornada de utilização do *Design Thinking* como instrumento de detecção de problema no contexto da saúde e na busca pela solução adequada. Os resultados alcançados apontam a eficiência do processo quando aplicado a descobertas de problemas no sistema de saúde e a geração de ideias que vão ao encontro da solução mais assertiva, no sentido que a solução proposta sempre vai ser aquela que atende à maioria das necessidades do público alvo.

Dessa maneira, o processo de design torna-se um grande aliado para melhoria do sistema de saúde e colabora com a aprendizagem, estimulando a participação ativa dos profissionais e demais partes interessadas no processo de identificação de medidas efetivas para solução de problemas reais.

Referências

1. Vione G.F. Metodologias Participativas na Construção de Planos de Desenvolvimento Local. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
2. Brose, Markus (Org) Metodologia participativa. Uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.
3. Cordioli, S. Enfoque participativo um processo de mudança: conceitos, instrumentos e aplicação prática. Porto Alegre: GENESIS, 2001.
4. Demarchi, A. P. P. A Gestão de Design humanizada pelo Design Thinking a partir de relações conceituais. Projética Revista Científica de Design | Universidade Estadual de Londrina | V.2 | N.1 | Junho 2011.
5. Cavalcanti C.C., Filatro A. Design Thinking na Educação Presencial, a Distância e Corporativa. 1ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2016.
6. Brown, Tim. Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

7. Bonini, L. A. & Sbragia, R. (2011). O Modelo de Design Thinking como Indutor da Inovação nas Empresas: Um Estudo Empírico. *Revista de Gestão e Projetos*. Disponível em: <<http://www.revistagep.org/ojs/index.php/gep/article/view/36>>. Acesso em: 08/03/2018.
8. Caulliriaux A. A., Quelhas O. L. G. O Design Thinking Aplicado ao Fluxo Perioperatório – A Humanização da Experiência do Paciente Eletivo. *Revista de Gestão e Operações Produtivas V.1, Ed. 9, 2015. UERJ – Rio de Janeiro*.
9. Kadouaki R.; Marra C. N. Inovação Aberta e Design Thinking no Setor Público: O Caso da “Gravidez na Adolescência” No Movimento Minas. Governo do Estado de Minas Gerais / Escritório de Prioridades Estratégicas. 2013.
10. Shonkkof JP. Building a new biodevelopmental framework to guide future of early childhood policy. *Child Dev.* 2010; 81(1):357-67.
11. Project Management Canvas, José Finocchio Jr, 2014. Acesso em 08/03/2018: <http://papogp.com/2014/02/project-canvas-finocchio/>
12. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
13. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professional: a prospective before-and-after study. *São Paulo Med J.* 2014; 132(4) 211-8.
14. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública.* 2013;19(6): 1691-1699.

Relato de pesquisa-ação com ênfase em educação voltada à saúde única: experiências de um pesquisador ao despertar para abordagens participativas

Arnaldo Rocha¹

Durante muitos anos de estudos, desde a graduação em medicina veterinária até o mestrado na área de epidemiologia experimental aplicada às zoonoses, todas as minhas experiências e vivências acadêmicas se balizaram pelo positivismo, pelo determinismo, valorizando as causas e efeitos em ensaios repletos de controles das variáveis, em ambientes rigidamente controlados, com resultados considerados confiáveis quando reproduzíveis e generalizáveis, normalmente validados por testes estatísticos, tudo muito quantitativo e mensurável por escalas exatas e nas prerrogativas de Descartes.

A oportunidade de realizar pesquisa-ação participativa surgiu como opção para os trabalhos do doutorado e por estímulo do meu orientador, educador por excelência, com formação em medicina veterinária e pedagogia.

Ao aceitar o desafio do doutoramento empregando pesquisa-ação mergulhei num mundo diferente, cheio de informações novas, que me atraiu, me seduziu e me conquistou.

¹ Arnaldo Rocha (arnaldo.rocha@fmu.br). Doutorando do departamento de medicina veterinária preventiva e saúde animal (VPS), da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (FMVZ/USP) e professor da graduação e do Mestrado Profissional do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU).

Primeiramente a pesquisa-ação me fascinou pela possibilidade de envolvimento, já que nessa modalidade, o pesquisador interage com o grupo escolhido para estudo, estimulando e participando ao mesmo tempo como pesquisador e membro da comunidade participante.

Outro ponto positivo da metodologia aqui discutida é o seu potencial transformador. Reflexões sobre os problemas do cotidiano, seguidas de estímulos para que se busquem soluções acontecem em ciclos, os participantes vão construindo novos saberes durante todo o processo e não recebem passivamente informações de resultados da pesquisa científica realizada em realidade distante do qual o projeto se desenrola.

A escolha do método a ser adotado numa investigação científica é influenciada por diversos fatores, dentre eles os técnicos, como objeto de estudo, pergunta da pesquisa, objetivos, recursos e prazos, além dos aspectos de cunho pessoal, como a familiaridade ou inexperiência em relação à abordagem.

A decisão por pesquisa-ação participativa, em nosso caso, aconteceu nas primeiras etapas do planejamento, queríamos a colaboração dos atores sociais das comunidades menos favorecidas selecionadas, onde existiam situações de vulnerabilidade social e esperávamos transformações.

No Brasil, país com dimensões continentais e em desenvolvimento, não faltam opções a quem escolha trabalhar com essa categoria.

A pergunta norteadora da investigação foi: pesquisa-ação com ênfase na educação em saúde agrega conhecimentos e promove saúde animal, humana e ambiental?

Assim, o tema da pesquisa foi delimitado dentro da grande área da educação em saúde pública veterinária, mas no contexto da saúde única, ou, na falta de termo brasileiro que explique melhor essa tendência mundial de atenção à saúde, "*one health*".

Embora o programa de pós-graduação (doutorado) ao qual nos mantivemos vinculados durante as ações oferecesse recursos de infraestrutura, como salas de estudo, computadores, salas de reuniões, biblioteca, linha telefônica, etc., a distância das comunidades escolhidas para o estudo impossibilitou que os encontros e ações pudessem ser realizados nas dependências da Universidade.

Os custos das ações desenvolvidas nas comunidades, como gasolina, papéis, cartolinas, lápis e canetas coloridas entre outros, foram financiados com recursos próprios.

Nas etapas iniciais do planejamento adequamos a pesquisa e as ações de forma que terminassem ao final de quatro anos, balizados pelo regimento do programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (FMVZ-USP).

Um adendo: há cientistas financiados com recursos públicos que enveredam por trilhas investigativas e consolidam suas carreiras profissionais distantes dos interesses da sociedade. Se estabelecem numa zona de conforto proporcionada por publicações de numerosos artigos científicos em revistas de impacto internacional, porém, sem proporcionar benefícios sociais.

Espero que os relatos presentes nesse capítulo sirvam de estímulo aos leitores, um convite a reflexões sobre a possibilidade de implementarem pesquisas-ações participativas em suas investigações científicas.

Pode ser muito gratificante, produtivo e prazeroso aumentar o leque de possibilidades de trabalho, investir tempo e energia no estudo de novas abordagens que venham enriquecer as pesquisas e proporcionar ganhos sociais.

Sendo assim, uma das primeiras coisas a se ponderar: pesquisa-ação é compatível com todos os tipos de investigações? Será que o método é aplicável à investigação desejada?

Há de se considerar que existem metodologias de pesquisa que se encaixam melhor a determinadas situações, por outro lado, não existe uma que seja a melhor para todas as circunstâncias.

Não se trata de julgar certo ou errado um método ou outro, mas a sensibilidade na escolha do mais apropriado ao que se deseja atingir pode fazer toda a diferença, deve-se buscar a forma mais adequada para responder a uma questão da pesquisa.

A metodologia da pesquisa-ação participativa tem sido empregada em diversas áreas do conhecimento, como psicologia, sociologia, educação, cultura, ciências ambientais, urbanismo, economia solidária, enfermagem, medicina, medicina veterinária, entre outras¹.

Certa vez, numa conversa sobre pesquisa-ação, o profissional que me dirigia a palavra, radicalmente ligado às pesquisas epidemiológicas quantitativas disse:

“ – Isso não é pesquisa científica, é contação de histórias”

O comentário acima serviu de alerta, reforçando quão importante é o rigor científico e o domínio dos pressupostos teóricos na aplicação da metodologia da pesquisa-ação, sem os quais não será aceita pela comunidade científica mais tradicional.

Fato é que as pesquisas com abordagens participativas vieram preencher uma lacuna, aproximar ciência e população em seu cotidiano, cientistas e atores sociais, teoria e prática².

Na pesquisa-ação, que é um dos tipos de pesquisa participativa, mas não o único, o investigador é também facilitador, integrante que interage de igual para igual com os demais, opinando, observando, dando voz aos componentes e escutando suas opiniões, seus anseios, angústias, sentimentos, e, para fins de pesquisa, faz registros sistemáticos e analisa as informações colhidas, considerando o contexto social e econômico a que pertencem³.

Por exemplo, o grau de violência em determinadas comunidades e a ineficiência dos serviços de segurança pública podem afetar os trabalhos a campo. Sabe-se que essa relação é complexa, com raízes profundas, que não é o policiamento ostensivo, punitivo que vai resolver o problema.

Por outro lado, são questões como essas, sociais, complexas, que se mostram como bons exemplos de temas indicados para abordagens participativas, com grande potencial para conscientizações, transformações e empoderamentos.

Há comunidades brasileiras tomadas por milícias, disputas entre gangues rivais do narcotráfico, além de situações geográficas de difícil acesso, com riscos de acidentes ambientais como deslizamentos de terra e cada um desses fatores pode inviabilizar as tarefas pelo alto risco à integridade física dos participantes.

Assim sendo, o reconhecimento dos detalhes das localidades onde se pretende desenvolver as ações é de fundamental importância impondo restrições e adaptações.

Embora o pesquisador possa se interessar em desenvolver trabalhos numa comunidade, quando há certas condições desfavoráveis podem desencorajar, dificultar ou até mesmo impedir sua realização.

Numa parte de uma comunidade em que os moradores eram visitados por nós para orientações sobre posse responsável de animais domésticos e zoonoses (doenças transmissíveis entre homens e animais), um alerta sobre restrição para o trânsito de pessoas e veículos, emitido por grupo ligado ao tráfico de drogas, impediu a continuidade dos trabalhos. A adaptação possível foi convidar os participantes a se deslocarem até a sede de uma associação assistencial situada no mesmo bairro, mas fora da área conflituosa, porém, a adesão aos trabalhos ficou aquém do esperado.

A seguir outro exemplo sobre determinantes na escolha dos locais onde os trabalhos de pesquisa-ação participativa são desenvolvidos: cogitamos fazer pesquisa-ação num bairro periférico do município de Bertioga, litoral norte de São Paulo, onde vários aspectos de importância social e complexos foram constatados. Tratava-se de uma ocupação irregular, em área de mananciais, com velocidade acelerada de ocupação, 8 a 10 barracos surgiam da noite anterior para o dia seguinte, ausência de saneamento básico, com muitos animais domésticos soltos pelas ruas, como bois, porcos, galinhas, cães, gatos, além dos sinantrópicos, como ratos e pombos e ainda ectoparasitas, como as pulgas, piolhos, percevejos e carrapatos que puderam ser visualizados nas visitas de reconhecimento da área.

Mesmo tendo percebido quão rica seria a pesquisa-ação na comunidade de Bertioga, especialmente pelos potenciais ganhos e conquistas para as populações humana e animal e também ao ambiente, a decisão foi não selecionar a localidade devido à distância que importaria custos com deslocamentos e também à indisponibilidade de tempo, seriam duas horas para ir e duas para voltar a cada ação nesta comunidade.

Isso posto, pode-se perceber que na etapa do planejamento da pesquisa, deve-se avaliar todos os aspectos que influenciarão ou até inviabi-

lizarão os trabalhos. Falhas nesta etapa podem resultar em frustrações, onerações e insucessos.

Todos os cientistas que desenvolvem trabalhos com humanos são obrigados a submeter seus projetos aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) e só podem começar suas pesquisas após a aprovação formal.

Em nosso caso a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, via plataforma Brasil, foi realizado, tendo sido aprovado aproximadamente 30 dias depois da solicitação da análise e os trabalhos só iniciaram após a aprovação.

As ações educativas foram iniciadas com a divulgação da pesquisa nas comunidades, com a busca de pessoas interessadas em participar e acordos de parcerias com responsáveis por espaços compatíveis com o número de atores sociais dispostos a participar.

Nas comunidades selecionadas pudemos contar com o apoio e espaço de uma escola pública estadual, das sedes das associações de bairro, clube poliesportivo e organizações não governamentais.

No início de cada reunião o projeto de pesquisa-ação foi reapresentado para lembrar os antigos participantes e, especialmente, para situar os novos adeptos.

O empenho por melhorias coletivas (e individuais), a paciência, respeito às diferenças, a empatia, a dedicação e a persistência em atividades voltadas às comunidades são qualificações desejáveis ao pesquisador comprometido socialmente e favorecem o bom desempenho nas pesquisas-ações.

O caráter altruísta do projeto despertou dúvidas e desconfianças de várias pessoas incrédulas na possibilidade da oferta de ações desprovidas de interesse individual do pesquisador. Surgiram indagações como: qual político está por trás desse projeto? Vocês são de que partido político? Vocês são candidatos políticos ou missionários de qual igreja?

O investigador deve se esmerar para participar de igual para igual com os demais, ou seja, sua inserção deve ser tal que não destoe, ao mesmo tempo que é facilitador, é também participante.

Pessoas muito tímidas terão dificuldade em se adaptar às pesquisas-ações participativas, haja visto que o desenvolvimento das ações depende de comunicação, a princípio entre pessoas desconhecidas, com as

quais se deseja estabelecer uma construção em conjunto, uma relação de confiança e respeito num grupo dinâmico de participantes.

Na comunidade de Suzano, os primeiros contatos para estabelecimento de grupos de estudo, não lograram sucesso, por mais que a divulgação tenha sido feita por panfletos, em igrejas, na rua, na feira-livre e na escola do bairro. No dia e hora marcados não apareceu ninguém, o que nos fez refletir que também o dia, hora e local das atividades deveriam ser escolhidos em conjunto com os participantes e não decididos unilateralmente pelo pesquisador.

Em momentos posteriores, convidados a participarem em dias e horários sugeridos pelos próprios atores sociais, a participação continuou baixa, revelando pouca receptividade desse grupo às abordagens participativas de educação em saúde naquele momento.

Diante da baixa adesão aos encontros de pesquisa-ação participativa na comunidade, passamos a oferecer palestras, com temas determinados pela nossa equipe de pesquisa, a contragosto, pois a intenção era escutar os anseios da comunidade e aplicar estratégias de educação em saúde contemplando esses temas.

Se a pesquisa-ação em muitos aspectos é parecida com extensão universitária, nesse momento, das palestras na comunidade, com temas escolhidos pelos pesquisadores, tal proximidade ficou bastante evidenciada, ficando o participante da comunidade restrito a ouvir passivamente.

Nas atividades de pesquisa-ação participativa não deve haver intenção de ministrar aulas prontas, nos moldes da educação bancária, daquelas em que se despeja os conteúdos previamente escolhidos unilateralmente, sem levar em conta as particularidades e experiências dos espectadores.

Mas, como a pesquisa-ação acontece de forma dinâmica, em ciclos, há momentos em que se constata baixa participação, mas também há outros em que podemos constatar boa adesão dos atores sociais, engajados e desejosos de interação, inteiração e transformações.

Segue um exemplo de participação ativa ocorrida na mesma comunidade, em Suzano: A.M.S., 60 anos, viúva, com filhos adultos e distantes, solitária, residente em uma chácara, chegou com dificuldades de loco-

moção à reunião. Inicialmente relatou vários problemas de saúde, inclusive dificuldades para falar e andar (perceptíveis) decorrentes de acidente vascular cerebral, mas o que mais chamou a atenção foi sua disposição em participar das atividades educativas, que nessa ocasião foram uma roda de conversa sobre zoonoses.

Dentre suas falas:

“ – não me importo com diploma, não me importa onde serão as aulas, quero colocar meu cérebro para trabalhar.”

Além da participação na pesquisa-ação A.M.S. obteve concessão especial para receber, como aluna especial, orientações de leitura, interpretação de textos e redação, com professora voluntária, resultado da interação com o diretor e professores da escola onde as ações estavam sendo desenvolvidas.

No exemplo de A.M.S, além dos ganhos e transformações que puderam ser obtidos pela participação na pesquisa-ação, direcionados à saúde, ainda houve a aproximação dela com os educadores formais da escola do seu bairro, o que talvez nunca viesse a acontecer sem nosso projeto.

Um tema comum sugerido para estudos nas duas comunidades onde desenvolvemos pesquisa-ação com ênfase na educação em saúde, foi a qualidade, disponibilidade e uso racional da água.

Na comunidade Batistine, localizada no município de São Bernardo do Campo, a maior parte da comunidade recebe água tratada da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo, mas problemas como desvio de água da tubulação oficial de forma clandestina e esgotamento sanitário em córregos em áreas de mananciais puderam ser vistos (Figura 1).

Figura 1 – Lançamento de esgotamento sanitário diretamente no córrego em área de manancial (foto do autor).



Quanto à Suzano, a questão da água na comunidade de Palmeiras ganhou outro enfoque, a falta de água encanada. E para resolver esse problema a prefeitura instalou caixas-d'água públicas e abastece diariamente com caminhões pipa (Figura 2).

Figura 2 – Caixa-d'água comunitária, solução provisória para ausência de água encanada para a população.



Aproveitando a sugestão para estudos sobre a água, colhemos amostras de bebedouros de pessoas e animais para análises microbiológicas e, embora a maioria dos pontos avaliados destinados a consumo humano apresentassem água potável, alguns bebedouros humanos e muitos bebedouros animais apresentaram-se contaminados com coliformes fecais.

Nos encontros onde o tema proposto para discussão foi água, de forma geral, sempre havia participantes com conhecimentos prévios pertinentes e que, através da interação nas atividades participativas, como painéis integrados, mapas falantes, rodas de conversa, entre outros, disseminavam ideias aos demais participantes. Podem-se perceber consensos sobre a importância da água de boa qualidade para a vida, para a saúde, além de divulgação de ideias sustentáveis de utilização racional da água, como aproveitamento da água da chuva e proteção de mananciais.

Embora deixássemos certa liberdade para a escolha dos temas a serem estudados nos próximos encontros, esclarecíamos reiteradamente que deveriam guardar relação com saúde pública veterinária, ainda que guarde relação indissociável da saúde humana e ambiental.

Em nossos estudos, também surgiram os temas: zoonoses, controle de animais sinantrópicos (pombos, ratos, morcegos, baratas, escorpiões etc.) direitos dos animais (tutoria, legislação, maus-tratos), posse responsável dos animais (Figuras 3 e 4), saúde e bem-estar animal, controle da reprodução e natalidade, domiciliação de cães errantes, castrações, esclarecimentos sobre caça, manutenção e tráfico de animais silvestres.

Figura 3 – Foto sobre o tema posse responsável dos animais. Bovino à beira da via, risco de acidente fatal envolvendo animal e veículos automotores (foto do autor)



Figura 4 – Cães domiciliados ou semidomiciliados, soltos de forma irresponsável, sobre linha férrea (trem se aproximando) (foto do autor)



Com a pesquisa e as ações em andamento, deve-se cuidar para manter a “chama” do interesse dos participantes acesa. Constatamos que quanto mais o tempo passava, quanto mais as pessoas interagiam, mais forte ficava o vínculo entre si, aumentava também a percepção da importância das ações coletivas colaborativas dirigidas ao bem da coletividade.

Fiel ao combinado com a comunidade por ocasião da apresentação do projeto de pesquisa-ação, permitimos a participação ativa dos adeptos em todas as etapas e fomos surpreendidos com a solicitação de atividade educacional direcionada a obesidade em pessoas com deficiência física e/ou mental.

Para essa demanda preferimos buscar ajuda de especialistas externos ao projeto, no caso uma nutricionista. O grupo formado para essa ação educativa foi composto por 30 pessoas, com deficiências que variaram de leves, quase imperceptíveis, até severas, com comprometimento da comunicação.

Para um grupo tão heterogêneo, a estratégia educativa proposta foi a confecção de desenhos individuais sobre o que entendiam favorecer a ocorrência de obesidade (o que engorda) e o que poderia ser feito para evitar a obesidade (alimentos saudáveis), em folhas de sulfite A4, utilizando-se de canetinhas coloridas.

Após a confecção dos desenhos, estimulamos que fizessem explicações orais sobre as representações gráficas elaboradas, sempre respeitando os limites dos participantes e adaptando a atividade ao que fosse possível do ponto de vista cognitivo e motor.

Basicamente surgiram representações gráficas de duas categorias, alimentos calóricos, como massas, doces e gorduras, e desenhos de alimentos mais naturais, como frutas, legumes e verduras.

Estimulados a explicar os desenhos, surgiram ideias complementares, como a importância de exercícios físicos regulares e sob orientação de profissionais especializados.

Nossas ações sempre foram programadas para acontecer em vários encontros, com várias oportunidades de interações, reflexões, buscando algum empoderamento que não ocorre de forma rápida ou instantânea.

Doenças como leptospirose, raiva, leishmaniose e verminoses frequentemente foram lembradas e sugeridas como temas para estudos e reflexões nas ações.

Na ação educativa desenvolvida com o tema controle de animais indesejados que se instalam nas casas e se reproduzem descontroladamente, incomodando e oferecendo riscos à saúde, como pombos e ratos, os trabalhos foram compostos por mapas falantes, rodas de conversa e palestra proferida por funcionário público do centro de Controle de Zoonoses dos municípios.

Pontos importantes para o controle de animais sinantrópicos foram discutidos e reforçados pelos técnicos, entre eles a importância de não alimentar (nem deixar lixo que possa servir de alimento), tapar frestas e acessos para que esses animais não entrem nas residências, desmanchar nichos que possam servir de abrigo (não acumular entulho, lixo, caixas etc.).

Quando se quer a participação, adesão, bom aproveitamento das atividades educativas e transformações da realidade, até mesmo as estratégias socioeducativas a serem desenvolvidas podem ser escolhidas democraticamente pela maioria. Porém, como, muitas vezes, a maioria não domina estratégias educativas, apresentamos algumas opções compatíveis com o grupo, deixando que escolham.

As estratégias socioeducativas escolhidas pelos grupos e desenvolvidas em nosso projeto de educação em saúde única junto às comunidades menos favorecidas foram: rodas de conversa, mapas falantes, photo-voice e painéis integrados.

Rodas de conversa

O grupo é reunido com objetivo de discutir o tema central inicial ou os desdobramentos ocorridos nos ciclos de estudos anteriores.

Pessoas com posicionamentos variados a respeito dos temas interagem (Figura 5).

Figura 5 – Rodas de conversa sobre o tema zoonoses (foto do autor)



Perguntas iniciais podem ser feitas para dar início ao debate e nortear os participantes.

O moderador tem a tarefa de estimular o debate, mas também de permitir que todos se expressem livremente, sem sobrepujança de uns sobre outros.

Se os participantes se desviarem do tema proposto e entrarem em discussões que não agreguem informações à pesquisa, o moderador deve intervir reconduzindo-os à proposta central inicial.

O respeito e a ética são imperativos para o desenvolvimento desta atividade.

Mapas falantes

Os mapas falantes são bons instrumentos para interação das pessoas a cerca de um tema.

O material necessário para a atividade é cartolina ou algum tipo de papel semelhante, mas não muito pequeno para que todos consigam expressar suas ideias.

As pessoas são distribuídas em grupos. Quanto mais aleatórios e diversificados forem os grupos, melhor.

Grupos de 5 a 7 pessoas costumam ser mais produtivos (Figura 6).

Após confabularem, registram as ideias na cartolina e os apresentam para os demais.

Haverá interação entre os componentes do grupo e depois também no momento das explanações entre estes e os demais participantes.

Figura 6 – Elaboração de mapas falantes (foto do autor)



Ao final, depois de todos os grupos se apresentarem, o facilitador procura estimulá-los mais uma vez a discutirem os pontos mais relevantes de concordâncias e divergências, oportunizando as últimas colocações para aquela atividade.

Photovoice

A técnica de ‘photovoice’ é semelhante à dos mapas falantes, mas ao invés de desenhar, os indivíduos são convidados a fotografar a respeito do tema proposto.

Após a proposição do tema, por exemplo, animais abandonados, esgoto a céu aberto, os participantes colocam todas as fotos feitas juntas, se distribuem em grupos e cada grupo escolhe algumas fotos para trabalhar.

As fotos escolhidas pelo grupo não precisam ser as que cada indivíduo fez, fotos de componentes de outros grupos podem ser pegadas.

Em seguida inicia-se uma etapa de discussão a respeito das imagens escolhidas pelo grupo e estimula-se fazerem correlação com o tema proposto, sem se distanciarem dele.

Ao final, com as fotos coladas numa cartolina e permeadas com alguns poucos dizeres explicativos sobre o que representam, cada grupo expõe para o resto dos participantes as principais ideias que surgiram nas discussões que se antecederam, transmitindo opiniões, percepções, sentimentos, angústias, etc.

Painéis integrados

Nessa técnica dividem-se os grupos de aproximadamente cinco pessoas cada, distribuem-se cartolinas e material para escrita.

Em cada cartolina coloca-se o tema sobre o qual os participantes devem discorrer, mas não sem antes confabularem a respeito.

Passados 10 minutos, as cartolinas devem ser passadas para o grupo ao lado (por exemplo no sentido horário) e as pessoas deverão agora ler o que acabaram de receber do grupo anterior, opinar, concordando, discordando, complementando, mas não sem antes confabular novamente entre si, e sempre justificando a nova frase a ser escrita.

As cartolinas são passadas de grupo em grupo até que todos tenham escrito sobre todos os temas.

A ideia, novamente, é enriquecer os trabalhos pelas discussões que se dão entre os indivíduos do mesmo grupo e também ao final, quando os organizadores procuram fazer um fechamento, momento em que novamente pode ser aberto para as pessoas complementarem alguma ideia que possa ter ficado sem ser posta nos painéis.

Além das estratégias supracitadas, quaisquer outras que valorizem a convivência, as trocas de saberes, as ressignificações, nas quais todos interajam ensinando e aprendendo, muitas vezes ressignificando temas importantes do cotidiano, podem ser desenvolvidas em pesquisas-ações participativas.

O que todas estratégias adotadas em nossa pesquisa têm em comum? Favorecem o diálogo, reflexões, transformações, ao mesmo tempo que aproximam atores sociais e pesquisadores.

Qual a pretensão de nossas pesquisas? Não pretendemos generalizações, mas sim desenvolvimento humano e promoção da cidadania.

Pudemos constatar em diversos momentos que as reflexões e discussões em grupo sobre os mais diversos temas de saúde animal, humana e ambiental proporcionaram novos olhares, ressignificações e empoderamento dos participantes.

Referências

1. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-Ação, 18 ed., Cortez, São Paulo, 2011,136 pp.
2. Toledo RF e Jacobi PR. 2013. Pesquisa -ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. Educação e Sociedade. jan.-mar de 2013, Vol. 34, pp. 155-173.
3. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa ação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005

Necessidades de saúde e processo de trabalho em unidades de saúde: uma Abordagem Participativa com Instrutores de Práticas Meditativas

Mário Sebastião Fiel Cabral^I

Maria Ângela Bianconcini Trindade^{II}

Tereza Etsuko da Costa Rosa^{III}

Apesar de inúmeros estudos e contribuições teóricas sobre as práticas de saúde no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos princípios que nortearam a luta pela sua criação, como os princípios da universalidade e da integralidade, que pressupunham mudanças nas práticas de saúde, tais práticas não se transformaram revelando, para além das intencionalidades e equívocos dos grandes gestores do SUS, também uma incapacidade dos próprios executores das ações de saúde de se posicionarem ante os desafios colocados, na perspectiva da mudança.

Ao interrogarmos do porquê é difícil mudar as práticas de saúde, sob a perspectiva dos executores das ações de saúde, duas questões se apresentam: a incompatibilidade da mudança com o viés positivista no campo da saúde, ou seja, da concepção do que é e de como se produz a

-
- I Mário Sebastião Fiel Cabral (msfiel@gmail.com) é médico pela Universidade Federal do Pará. Especialização em Curso de Med. Trad. Chinesa-Acupuntura/ Avançado pelo Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde/Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Médico da Prefeitura do Município de São Paulo.
- II Maria Ângela Bianconcini Trindade (Maria Angela Bianconcini Trindade (mabtrindade@gmail.com) é médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. Doutora em Medicina (Dermatologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora Científica VI do Laboratório de Investigação Médica de Imunodermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.
- III Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga pelo Instituto de Psicologia da USP. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP. Pesquisadora Científica VI e Diretora do Núcleo de Investigação em Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

saúde; o processo de trabalho nos serviços de saúde onde está profundamente assentada a concepção “taylorista” da organização do trabalho.

Com tais questões colocadas e vislumbrando uma oportunidade de contribuir para a construção de uma práxis comprometida com a mudança, realizamos a pesquisa aqui relatada, no decorrer do desenvolvimento do projeto de mestrado em saúde coletiva, vinculado ao Instituto de Saúde – SP^{IV} (IS).

Trata-se de pesquisa-intervenção, utilizando estratégia participativa, que propõe compreender como a abordagem das necessidades de saúde da população atendida em unidades de saúde do SUS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo (SMS), é determinada pelo modo como se organiza o processo de trabalho nesta instituição, a partir de um enfoque que considera que a organização da atenção à saúde e a organização do processo de trabalho se inserem em um contexto de totalidade.

O público-alvo da pesquisa foram os instrutores de meditação do Programa de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) da SMS, ao qual o autor/pesquisador principal se vinculava e que contava com cerca de mil trabalhadores, sendo cerca de 40 instrutores de meditação, número compatível com a operacionalização da pesquisa.

Inúmeras iniciativas e estudos pretendem sujeitar a compreensão e a aplicação das modalidades das PICS aos parâmetros da biomedicina, subordinando-as à reificação positivista, amplamente hegemônica na prática contemporânea dos sistemas e serviços de saúde. Porém, as práticas meditativas estão presentes em diversas culturas tradicionais e sua incorporação como prática de saúde ocorreu em contextos históricos onde prevaleciam interpretações de mundo muito diferenciadas do positivismo e, no contexto de disputa ideológica, surgem inúmeras contradições que podem ser apreendidas em um processo reflexivo.

Com tais pressupostos, uma questão que se colocou para elaboração da pesquisa foi a estratégia para o seu desenvolvimento. Considerando a inserção do público-alvo na citada disputa, a questão que se co-

IV Trata-se do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde – Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

locava era como estabelecer um processo que permitisse a expansão de visões e redução de convicções, portanto, um processo reflexivo capaz de produzir conhecimento e mudança. A opção foi por uma estratégia que não reforçasse o senso comum, mas ao contrário, permitisse o seu questionamento embora em um contexto de horizontalidade dos pontos de vista, assim, optou-se pela estratégia participativa desenvolvida e aplicada principalmente nos países das Américas Central e do Sul.

Considerações sobre a Pesquisa Participante

A pesquisa aqui relatada se insere no campo da *pesquisa participante*, no âmbito do que vem sendo chamada de “*tradição latino-americana*” na pesquisa participante. Esta tradição origina-se principalmente com os trabalhos de Paulo Freire no Brasil e Orlando Fals Borda na Colômbia e traz como marca a vinculação com os movimentos sociais populares nas décadas de 1970 e 80.¹ Os autores desta tradição identificam a origem deste campo nos trabalhos oriundos da enquete operária de Karl Marx, em 1880.^{1,2}

O compromisso da “*tradição latino-americana*” na pesquisa participante é emancipatório, no dizer de Brandão: “(...) na contribuição de sua prática na procura coletiva de conhecimentos que tornem o ser humano não apenas mais instruído e mais sábio, mas igualmente mais justo, livre, crítico, criativo, participativo, co-responsável e solidário.”¹ Portanto, institui o compromisso dos pesquisadores com a transformação social e com os interesses dos pesquisados,

(...) que devem conquistar o poder de serem afinal, *o sujeito*, tanto do *ato de conhecer* de que têm sido o objeto, quanto do *trabalho de transformar* o conhecimento e o mundo que os transformaram em objetos. Conhecer a sua própria realidade. Participar da produção deste conhecimento e tomar posse dele. Aprender a escrever a sua história de classe. Aprender a reescrever a História através da *sua* história. Ter no *agente* que pesquisa uma espécie de *gente* que serve. Uma gente aliada, armada dos conhecimentos científicos que foram sempre negados ao povo, àqueles para quem a *pesquisa*

participante – onde afinal pesquisadores-e-pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes – pretende ser um instrumento a mais de reconquista popular.³

A principal oposição da *pesquisa participante* se dá em relação à investigação social concebida segundo a metodologia^V positivista, realizada particularmente com o financiamento de fundações estadunidenses e européias, onde os sujeitos pesquisados eram apenas informantes das pesquisas e, portanto, não detinham qualquer controle sobre os objetivos, processos, resultados e conhecimentos produzidos. O método positivista separa o investigador do objeto pesquisado, como exposto no texto publicado em 1973 pela equipe do Instituto de Ação Cultural (IDAC), criado em 1971 por Paulo Freire e outros brasileiros exilados em Genebra:

Da mesma maneira que, num laboratório, um pesquisador isola seu objeto de estudo e se isola a fim de examiná-lo sem risco de contaminação, assim também pretendem os positivistas que o conhecimento gerado por sua observação desta realidade objetiva que é a sociedade não tem qualquer implicação política ou valorização ética. A finalidade da ciência é constatar, descrever, prever. Livre de qualquer preconceito subjetivo, desprovido de intencionalidade política, o cientista social deve limitar-se a dissecar fatos, comportamentos ou sistemas de representação como se eles fossem meros objetos inanimados. A neutralidade política seria, nesta perspectiva, a garantia da neutralidade.⁴

As limitações da metodologia positivista, quando aplicada ao estudo da realidade social são também apontadas pelos autores:

(...) o ideal positivista segundo o qual tudo pode ser capitado, controlado e medido pela ciência, não leva em conta toda uma série de interrogações e questionamentos sobre as causas profundas dos fenômenos sociais e sobre seu dinamismo interno;⁴

V Metodologia consiste na discussão dos métodos, se relaciona, portanto com a epistemologia. Método é o caminho prático da investigação.⁵

O ideal positivista de uma ciência objetiva e exata não resiste, no entanto, ao questionamento de suas premissas de base: é possível congelar o movimento da vida social? De onde vêm nossas próprias idéias? Não seria necessário considerar a ciência ela mesma como um fato social em permanente elaboração e questionamento dentro de cada situação histórica dada de consolidação ou transformação? Não seria indispensável analisar a ação do pesquisador como fator de consolidação ou de transformação do consenso social? ⁴

A crítica aos limites da abordagem positivista está presente em outros autores que atuam no campo: “(...) como resultado, reduzem o conhecimento prático (...) a um conhecimento técnico, oposto a conhecimento como sabedoria.”⁶.

Os autores do IDAC apontam também os limites da suposta neutralidade da investigação social concebida neste enfoque, assim como os limites de aprofundar o conhecimento da realidade:

(...) uma ciência que se limita à previsão e elaboração de resultados utilizáveis se presta facilmente a todo tipo de manipulação por parte dos que controlam os centros de decisão e de poder. Sua tendência será sempre reduzir a complexidade do real a uma visão simplista e superficial, bem como congelar o dinamismo social numa fotografia estática. ⁴

A respeito, Borda tece considerações sobre os limites da neutralidade da ciência:

Ciência constituída de regras, métodos e técnicas sujeitas a certa racionalidade convencionalmente aceita por uma pequena comunidade constituída de indivíduos chamados cientistas que, por serem humanos, estão por isso mesmo sujeitos a motivações, interesses, crenças e superstições, emoções e interpretações de seu desenvolvimento social, cultural e individual;⁷

Ou ainda: “A ciência pode, portanto, acrescentar e subtrair dados e objetos, enfatizar determinados aspectos e negligenciar outros; pode atri-

buir maior importância a determinados fatores e, finalmente, construir e destruir paradigmas verificáveis de conhecimento.”⁷

A crítica à propalada neutralidade da ciência é assumida por autores do campo da *pesquisa participante*: “Uma perspectiva crítica e problematizadora das ciências sociais implica, portanto, na recusa dos mitos da neutralidade e da objetividade [...]”.⁴ Ou ainda:

Na verdade, até aqui, este tem sido o trabalho científico que divide o mundo sobre o qual realiza a prática de “conhecer para agir” em dois lados opostos: o lado “popular” dos que são pesquisados para serem conhecidos e dirigidos, versus o lado “científico”, “técnico” ou “profissional” de quem produz o conhecimento, determina os seus usos e dirige “o povo”, em seu próprio nome ou, com mais freqüência, no nome para quem trabalha;²

Diante da oposição entre dominantes e dominados (...) objetividade não pode ser sinônimo de descomprometimento e de imparcialidade, sob pena de se transformar em cinismo e insensibilidade (...), ser objetivo significa reconhecer e analisar este enfrentamento inscrito na realidade e colocar-se a serviço da superação das estruturas que mantêm ou reforçam o autoritarismo e a desigualdade.⁴

Conforme o exposto, na palavra dos vários pesquisadores, referências na conformação deste campo, a *pesquisa participante* e suas várias vertentes se constituem em um modo de produzir conhecimento contra-hegemônico.

Entretanto, mesmo produzindo conhecimento contra-hegemônico, portanto, inserido em um cenário desfavorável para produção de conhecimento, vem se firmando como observa Brandão: “(...) possuímos hoje na América Latina e aqui no Brasil, uma bibliografia já visível e significativa sobre a pesquisa participante e a respeito de suas formas variantes e vizinhas.”⁸

Neste cenário, uma obra importante para a incorporação deste campo no meio acadêmico é o livro *Metodologia da pesquisa-ação* de Michel Thiollent, com primeira edição em 1985.

Esta modalidade de pesquisa participante, a pesquisa-ação^{VI}, já desfruta de prestígio considerável nos meios acadêmicos, com diversas pesquisas no campo da educação, gestão participativa, desenvolvimento local e sustentável e medicina social.⁹

Como a pesquisa-ação já é bastante conhecida nos meios acadêmicos que estudam a saúde e está inserida no universo da pesquisa participante cabe inserir a discussão trazida por alguns autores que vêm trabalhando a pesquisa-ação em uma concepção muito próxima da pesquisa participante, conforme a tradição de países do Terceiro Mundo.

Desde a sua concepção inicial o termo pesquisa-ação tem sido utilizado para denominar qualquer tipo de investigação-ação, com o objetivo de aprimorar a prática e investigar a respeito dela. Neste processo se incluíram inclusive pesquisas, com vieses tecnicistas, para promover projetos ou propostas pensadas apenas pelos pesquisadores externos ou mesmo por gestores para viabilizarem determinadas propostas.^{10,11,12} Neste modo de conceber a pesquisa está implícito, além da redução da autonomia dos sujeitos envolvidos, algum grau de cisão entre a teoria e a prática como alerta Maria Amélia Santoro Franco:

No entanto, ainda podemos observar pesquisadores iniciantes utilizarem-se da pesquisa-ação para implementarem projetos ou propostas pensados apenas por eles próprios ou mesmo, muitas vezes, aplicando uma proposta de mudança idealizada por um superior hierárquico. Nesse caso, a dimensão crítica e dialética da pesquisa-ação está sendo negada.¹¹

John Elliott⁶, porém ressalta que a pesquisa-ação pode ser concebida não apenas como método instrumental para promover melhorias no processo de trabalho, mas para promover oportunidade para reflexão sobre atuação prática e de como esta é ideologicamente estruturada.

Neste enfoque, em uma aproximação com a “*tradição latino-americana*” da *pesquisa participante*, alguns autores passam a ressaltar o

VI Segundo Thiollent “uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Além disso, é preciso que a ação seja uma ação não trivial, o que quer dizer uma ação problemática merecendo investigação para ser elaborada e conduzida.”⁵

compromisso emancipatório da *pesquisa-ação* sendo que alguns passam a denominar de *pesquisa-ação crítica* a que se insere neste compromisso: “Ao invés de limitar-se a utilizar um saber existente, como no caso da pesquisa aplicada, a *pesquisa-ação* pretende, ao mesmo tempo, conhecer e atuar”.¹⁰ “Uma pesquisa-ação dentro dos pressupostos positivistas é extremamente contraditória com a pesquisa-ação crítica.”¹¹ Ou ainda: “A pesquisa-ação crítica valoriza a construção cognitiva da experiência, com reflexão coletiva e crítica na medida em que permite a emancipação dos sujeitos.”¹¹

Thiollent ressalta, porém, que o engajamento sóciopolítico vinculados com as classes populares, enfim o compromisso emancipatório é mais vinculado com a tradição da *pesquisa participante* realizada em países do Terceiro Mundo e que a metodologia da pesquisa-ação também está presente em áreas de atuação técnico-organizativa, onde se destacam compromissos do tipo “reformador” e “participativo”⁵

Ainda na década de 1980, como contribuição de diversos pesquisadores, a pesquisa-ação incorpora nos seus pressupostos a perspectiva dialética, incorporando o conceito de práxis.^{10,11} Uma explicação pertinente para este conceito é apresentada pela professora Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira:

“(...) se refere a distinção de Aristóteles (...) entre *poesis* e *práxis*. Enquanto *práxis* se refere à realização de um ideal de vida e à atualização de valores éticos, a *poesis* se refere a um conjunto de procedimentos operativos para produzir consequências quantificadas e especificadas previamente.”¹⁰

No materialismo histórico, práxis se refere à ação e reflexão dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo, apontando para a superação da cisão entre *poesis* e *práxis*. Neste enfoque, Franco discorre sobre a pesquisa-ação crítica:

“A condição para ser pesquisa-ação crítica é o mergulho na práxis do grupo social em estudo, do qual se extrai as perspectivas latentes, o oculto, o não familiar que sustentam as práticas, sendo as mudanças negociadas e geridas no coletivo.”¹¹

Com este sentido, a práxis se afirma como percurso para a liberdade e a emancipação. Sendo a emancipação referida por Elliott⁶ e Thiollent¹² como o oposto de submissão, alienação e conformismo, implicando em ações determinadas no coletivo com relativa independência de obrigações impostas externamente. Entretanto se torna relevante destacar o caráter coletivo desta prática:

A pesquisa-ação pressupõe uma construção coletiva, “atividade empreendida por grupos com o objetivo de modificar suas circunstâncias a partir de valores humanos partilhados [e] não deve ser confundida com processo solitário de auto-avaliação”¹⁰

No entanto, estes podem reproduzir autonomamente ou livremente suas práticas rotineiras inconscientemente. “Autonomia, num sentido restrito, não significa necessariamente que (...) estejam automonitorando reflexiva e discursivamente o que eles estão fazendo e, portanto, em condições de transformar radicalmente suas práticas.”⁶

Portanto, a *pesquisa-ação crítica* é formulada como pesquisa comprometida com a transformação da realidade e com a participação dos sujeitos envolvidos no processo ou, nas palavras de Selma Garrido Pimenta: “A pesquisa-ação tem por pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto no qual atuam desempenhando papéis diversos”¹³

Franco, em afirmações que confirmam a identidade da concepção que defende com a *pesquisa participante* da “*tradição latino-americana*”, chama ainda atenção para os pressupostos fundamentais desta modalidade de pesquisa enquanto processo de conhecimento: “priorização da dialética da realidade social; da historicidade dos fenômenos; da práxis; das contradições, das relações com a totalidade; da ação dos sujeitos sobre suas circunstâncias”¹¹ Ainda: “a práxis deve ser concebida como mediação básica na construção do conhecimento, pois por meio dela se veicula teoria e prática, pensar e agir e pesquisar e formar; não há como separar sujeito que conhece do objeto a ser conhecido; o conhecimento

não se restringe à mera descrição, mas busca o explicativo; parte do observável e, vai além, por meio dos movimentos dialéticos do pensamento e da ação; a interpretação dos dados só pode se realizar em contexto; o saber produzido é necessariamente transformador dos sujeitos e das circunstâncias”.¹¹

Outra questão relevante se refere ao papel do pesquisador. Esta questão se refere à capacidade do pesquisador em subsidiar a discussão teórica e apoiar (facilitar) o processo grupal, estando atento para evitar qualquer tipo de manipulação. A esse respeito Thiollent escreveu:

(...) a participação dos pesquisadores não deve chegar a substituir a atividade própria do grupo e suas iniciativas (THIOLLENT, 2011, p. 22). Numa concepção democrática da pesquisa social é necessário que haja negociação de ambas as partes para se estabelecer um tipo de “contrato” de investigação acerca dos problemas a serem levantados e dos critérios de seleção das soluções e ações a serem implementadas.⁵

Conforme o exposto cabe destacar o potencial da pesquisa participante, incluindo a pesquisa-ação crítica, no processo de tomada ou ampliação da consciência, que abre possibilidade de mudança não somente na postura perante o trabalho, mas em outros aspectos da vida. Conforme Elliott “a questão chave para direcionar por auto monitoramento suas práticas pode ser sumarizada como: Onde repousam meus valores? Onde me posiciono em relação a eles na prática? Como posso superar a separação entre meus valores e minha prática?”⁶.

Assim, existe a possibilidade de atuar nos preconceitos e incompreensões que fazem os sujeitos refratários às mudanças, numa perspectiva da compreensão do seu papel e do papel de todos os sujeitos – singulares ou coletivos – no processo histórico.^{1,4,11}

O desenvolvimento da pesquisa

Desde o final da década de 1990, o autor principal/pesquisador, como trabalhador do ambulatório de acupuntura do Hospital do Ser-

vidor Público Municipal (HSPM), iniciou vivência e aprendizado em práticas meditativas como tecnologias para promoção e recuperação da saúde, participando da implantação de grupos de meditação e, tornando-se instrutor. A partir de 2001 participou/colaborou na elaboração do projeto de organização das práticas de medicinas tradicionais na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo e que resultou na criação da Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS), no momento denominada Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). De 2001 a 2013 teve a oportunidade de conhecer, visitar, discutir, conversar e refletir sobre as PICS e também de participar de atividades de formação, inclusive, ministrando cursos onde procurou abordar os conteúdos teóricos relacionados aos fundamentos das medicinas tradicionais e sua relação com os conhecimentos elaborados no mundo ocidental. No entanto, a ênfase dos processos de formação dos instrutores das PICS se pautava no enfoque técnico das diversas práticas corporais e meditativas (PCM), sem o devido aprofundamento da compreensão das visões de mundo onde foram gestadas e do seu significado na realidade em que estão inseridas.

Cabe esclarecer que os instrutores de práticas meditativas, assim como o conjunto de instrutores das diversas práticas corporais do programa de PICS no município, são profissionais de diversas categorias das equipes multiprofissionais dos diversos serviços de saúde (como psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e outros) e a instrução de grupos de meditação é somente uma de suas atribuições.

O presente estudo foi resultado do desenvolvimento do projeto de dissertação de mestrado no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A proposta foi apresentada ao colegiado da Área Técnica das PICS e em seguida (junho de 2015), num encontro com instrutores de práticas meditativas e considerado pertinente e necessário por todos os participantes, foi acordado que os encontros seriam realizados sob a forma de seminários, utilizando o formato geral proposto por Michel Thiollent⁵.

E assim, os seminários foram concebidos seguindo a dinâmica de:

- apresentação de conhecimentos produzidos sobre cada tema;
- discussão em grupo;
- elaboração de relatórios e registro de informações;
- organização de atividades complementares para subsidiar a compreensão e discussão dos temas.

No intuito de viabilizar administrativamente a presença dos instrutores interessados, recebeu a denominação de curso *Organização de Serviços de Saúde para Responder às Necessidades de Saúde da População*, apesar da forma de seminários ter sido efetivamente empregada no desenvolvimento da pesquisa.

A sugestão dos temas objetivou inserir o tema central da discussão (relação das necessidades de saúde com o processo de trabalho) em um contexto de totalidade, visando superar a tendência da abordagem fragmentada, com os temas organizados em um modo racional e compreensivo, porém procurando inserir a compreensão do processo vivenciado pelo coletivo em uma perspectiva histórica.^{14,15}

Os temas de estudo foram sugeridos e aprovados no primeiro seminário, em cada turma:

- interpretações de mundo;
- conjuntura geral (política econômica);
- conjuntura no setor saúde;
- processo de trabalho;
- necessidades de saúde.

A pesquisa ocorreu no período 03 de agosto a 11 de dezembro de 2015, em duas turmas, com onze encontros em cada turma e, somado a estes, um seminário final aberto a todos os participantes, com um total de 23 encontros. Cada encontro com duração aproximada de quatro horas. Alguns temas foram abordados em um encontro e outros temas se desdobraram em dois ou três encontros.

No primeiro seminário ocorreu a apresentação da proposta e objetivos da pesquisa e depois, em cada turma, com a concordância de todos, procedeu-se a leitura de texto com relato de dois casos atendidos em unidades de saúde e que envolviam amplas necessidades de saúde, no sentido de identificar – na discussão que se seguiu à leitura –, a compreensão dos coletivos sobre o tema.

Nos seminários seguintes, no sentido de apresentar informações ou conhecimentos estruturados sobre cada tema, foram adotados vários modos de apresentação, sempre seguidos ou permeados de discussões grupais, sendo que o instrutor coordenador (autor/responsável) procurou restringir suas próprias intervenções, durante as discussões em grupo, para esclarecimentos, complementações de informações e organização do debate. Diferentes recursos e modalidades foram utilizados na dinâmica dos seminários: projeção de filme, leitura com discussão de artigo de revista, apresentação em *powerpoint*, roteiros em forma de questões, e entrevistas, além de sugestões de artigos para leitura prévia ao seminário. O material produzido em cada encontro/tema (atas e relatórios) foi compartilhado, por via eletrônica, para os participantes das duas turmas da pesquisa.

Como atividades complementares, foram realizadas três entrevistas com participantes do movimento de luta antimanicomial (MLA) nas décadas de 1980 e 1990 para entender como se deu, naquele momento no município de São Paulo^{VII}, a organização dos serviços de saúde e sua relação com os movimentos populares e coletivos de usuários e familiares. Tal atividade foi sugerida por instrutores participantes da pesquisa que vivenciaram aquele momento, por considerarem que naquela experiência se efetivou um modelo de integralidade nas ações de saúde e na resposta às necessidades de saúde no âmbito do sofrimento mental.

Resultados da Pesquisa

No âmbito dos 23 seminários realizados com os instrutores de meditação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o grupo desenvolveu um amplo processo de reflexão sobre a realidade que os profissionais vivenciam e sobre a articulação desta realidade com o momento histórico em que estão inseridos, assim como iniciaram um processo de crítica à própria concepção de mundo no sentido de percebê-la com incoerências. Entretanto, levando em consideração o limite da extensão do capítulo em pauta, privilegamos, por sua relevância e pela proposta da

VII Refere-se ao governo da prefeita Luiza Erundina e ao período que o antecedeu

pesquisa focalizar os aspectos diretamente relacionados com a Saúde, em especial, nos seminários que abordaram os temas “processo de trabalho” e “necessidades de Saúde.

Pelo formato de seminários e pela dinâmica de registro de informações e de elaboração de relatórios como tarefas, foi possível de serem executados pelos instrutores participantes como havia sido acordado. A preparação prévia para discussão dos temas propostos (leitura dos textos, assistir filme e sugestão de outras leituras), além do compromisso com o processo de compreensão coletiva, com a formulação de proposições que contemplassem as expectativas do grupo, em sua maioria, foi contemplada tendo sido expressa já nos primeiros encontros, mas foi se fortalecendo no decorrer do processo, o que correspondeu aos objetivos da pesquisa.

No primeiro seminário foram apresentados dois casos como estratégia para que gerasse a discussão, com enfoque às perguntas: *Como a unidade de saúde em que trabalham realizaria o atendimento de pessoas como a dos casos relatados?; Como seria conduzido uma gestante como a do caso 1 em um grupo de meditação?; Seriam favoráveis ou não ao convite, para um adolescente com a história do caso 2, a participar do grupo de meditação?.*

Caso 1 – trabalhadora gestante de empresa do ramo de limpeza, que atuava prestando serviços para entes públicos, e que apresentava um adoecimento decorrente de condições de trabalho, inclusive assédio moral, a que ela e outras trabalhadoras sofriam pela intenção declarada do dono da empresa de forçá-las à demissão voluntária.

Caso 2 – adolescente oriunda de abrigo em convênio com a Secretaria de Assistência Social (SAS) com historia de internações em manicômios e reincidência de atos infracionais.

A estratégia da discussão de casos introduzindo a discussão dos temas propostos (necessidades de saúde e processo de trabalho) serviu também para um diagnóstico inicial sobre a compreensão que os instrutores traziam com relação às necessidades de saúde e sua experiência de atendimento.

Com relação ao atendimento das necessidades de saúde nas unidades de saúde onde trabalhavam, a percepção dos instrutores no cuidado a

casos similares, indicaram várias limitações, com exceção, talvez, de unidades voltadas para o atendimento de saúde mental.

Citamos alguns trechos dessas narrativas para ilustrar a discussão:

“(...) das unidades de saúde que conheço (...) acho que, mais uma vez, cairia em procedimento burocrático e a equipe teria dificuldade em realmente acolher. Mas considero que existem unidades que fariam o acolhimento adequado” (caso da adolescente);

“(...) o que percebo que acontece nos serviços de saúde é a prática de passar a bola havendo, portanto, necessidade de encaminhamento mais efetivo” (caso da gestante).

“(...) na unidade de saúde onde trabalho (os adolescentes) passam por avaliação e discussão na equipe multiprofissional. Há o caso de um menino cumprindo medida socioeducativa na unidade de saúde e que, de início, adotava para com a equipe na unidade de saúde atitudes ameaçadoras. Este menino com o tempo estabeleceu uma amizade com uma trabalhadora que realizava atividades de limpeza na unidade de saúde e que o tratava de forma bastante amistosa, inclusive apontando as atitudes do menino que considerava inadequadas, sugerindo limites (se você fosse meu filho,...). Com o estabelecimento deste tipo de vínculo do menino com a trabalhadora, toda a equipe percebeu uma mudança significativa no comportamento e mesmo nas expectativas do menino.”

“(...) encaminhar a trabalhadora gestante para consulta com o ginecologista e obstetra.”

“(...) proceder à indicação de prática física” (caso da gestante)

“(...) com a assistente social para orientações e argumentos para a trabalhadora”

“(...) necessidade de, dentro da própria unidade de saúde, ter um questionamento adequado desta política e sobre o significado da gravidez.”

“(...) encaminhar a trabalhadora para o sindicato ou para quem possa orientá-la sobre os direitos que tem” e ainda *“(...*

Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST”

“Necessidade de advogado para questionar a empresa”.

“(…) é possível dar acolhimento ao caso (da adolescente) com procedimentos terapêuticos”

“(…) a necessidade de ofertar um atendimento multiprofissional, com avaliação psiquiátrica. Acertar a situação leva tempo. Vejo ainda a necessidade de trabalho em grupo, onde seja possível a vivência de regras e deveres”.

“(…) experiências que conheço de se utilizar a técnica de psicodrama e que poderia ajudar neste caso.” (caso da adolescente)

“(…) O que a unidade de saúde poderia fazer era encaminhar a adolescente para alguma outra colocação (possibilidade)”.

“(…) uma experiência que envolve outro adolescente e é acompanhado por outra unidade de saúde, que está recebendo apoio do Fórum, do Judiciário, e está realizando uma formação para trabalhar como auxiliar de lavanderia, enfim, criando alguma condição de sobrevivência para quando sair do abrigo.”

Partindo do pressuposto de que casos similares aos apresentados fazem parte da rotina de atendimento de praticamente todas as unidades públicas de saúde, presume-se que os instrutores já se depararam com muitos casos similares.

Considerando os princípios doutrinários do SUS, que incluem o da integralidade, esperar-se-ia, em serviços de saúde bem estruturados, maior clareza e maior uniformidade do entendimento e de condutas quando se realiza um atendimento baseado nas necessidades de saúde.

Há, portanto necessidade de explicar o porquê da diversidade e/ou não compreensão do papel das unidades e dos profissionais de saúde. Algumas hipóteses:

– A afirmação anterior, de que se atende casos similares nas unidades de saúde do SUS, não é verdadeira?

– Sendo verdadeira a afirmação, estas questões não se revelam aos olhos dos trabalhadores da saúde durante os atendimentos?

– Se são verdadeiras e se revelam aos olhos dos trabalhadores, há alguma condição objetiva e/ou subjetiva, para serem compreendida(s) e/ou respondida(s)?

Sobre a possibilidade do caso da gestante ou do caso da adolescente serem levadas para discussão ou, mesmo, convidadas para participarem do grupo de meditação, foram expostas algumas dúvidas e polêmicas se estabeleceram no debate:

“(...) não são todos os grupos que estão abertos para responder a tais questões, depende de como o grupo se constitui”;

“(...) depende se o grupo (de meditação) é com participação ou se a participação no grupo é flutuante”;

“(...) a prática meditativa é uma disciplina que abre um espaço de experiência muito individual, disciplinado, que vai gerando algo que é individual. Interrogo como um grupo de meditação entenderia esta situação?”

“(...) a resposta estaria ligada à condução da prática meditativa, ao espaço para a compaixão”, “(...) penso em como o grupo pode propiciar à trabalhadora a coragem para levar adiante e para mudar a situação em que se encontra”.

“(...) pela natureza dos grupos de meditação da SMS, considero que não seria indicado o convite para a menina participar da meditação”.

“A adolescente seria bem aceita em um grupo de meditação”.

“(...) a questão deve também ser observada sobre o ponto de vista da empresa, não social”.

“O abandono vem determinando a situação da adolescente (...). Há também a natureza interna e a opção de cada um de obedecer ou não regras e esta escolha é individual, (...)”

“(...) talvez a adolescente tenha uma característica pessoal negativa. Talvez não seja possível ajudar esta adolescente”.

“(...) esta posição me parece muito determinista. A condição (da adolescente) não pode ser conjuntural?” “(...) a adolescente tem potencial já que com a psicopedagoga aprendeu a escrever^{VIII}, portanto tem potencial”

VIII Se referindo ao fato da adolescente não ter sido alfabetizada na escola, mas, com a contratação de uma psicopedagoga pela instituição, ter conseguido se alfabetizar.

“(...) enquanto escutava, pensei a questão sob outro ângulo. Se a escolha, enquanto trabalhador da saúde, não seria minha. De fazer ou não a escolha de acolher e escutar. De abrir possibilidades em mim mesma, para receber, para acolher e para atender. É comum, nos serviços de saúde, argumentarmos as deficiências dos serviços para nos escondermos e justificarmos o mau atendimento. As crianças e adolescentes, como esta, passam por tantos serviços e são ‘empurradas’, não atendidas.”

Na discussão dos casos os instrutores expuseram ainda concepções sobre a produção social das condições de vida:

“(...) sobre a possibilidade de atuarmos como técnicos ou especialistas; como técnicos, ao atuarmos meramente na dor lombar, ou uniríamos o conhecimento técnico ao político, com a compreensão do que estava provocando a dor lombar, a compreensão política, e nossa atuação seria ajudar a paciente a reagir de certa forma contra o abuso a que estava submetida.”

“(...) os casos atendidos são associados com a condição da mãe, que são decorrentes da produção social. Considero que as unidades de saúde devem se aproximar dos movimentos sociais, no caso, do movimento de mulheres, pois vários casos necessitam também de um encaminhamento político. Como os serviços de saúde não se bastam isoladamente, é necessário pensar em uma atuação intersetorial – com outros setores-, buscar parcerias com movimentos de mulheres para situações similares.”

“(...) deve ser observado o aspecto político como a precarização do trabalho. Também ressalto que a empresa age deste modo e fica por isto mesmo. Pergunto como seria possível atuar nesta situação?”

Essas colocações indicaram, pelo menos, entre parte dos participantes, compreensão da existência de condições sociais determinando as condições de vida, com reflexões ou posicionamentos que estão além do senso comum: os limites do conhecimento técnico e a necessidade do conhecimento político; a necessidade de articulação com movimentos

sociais (movimento de mulheres) para melhor resposta a situações similares; a existência de uma condição econômica e política geral (precarização do trabalho) que possibilita a existência das condições de trabalho descritas na empresa “terceirizada”.

Cabe apontar, que vários instrutores destacaram a importância dos vínculos, além da citada compreensão da determinação social. Poucos instrutores referiram o desenvolvimento de capacidades potenciais (que ocorreram com relação ao bebê e ao caso da adolescente) e alguns expressaram certa preocupação com a articulação com outras instituições e movimentos sociais.

Percebeu-se, entretanto, a dificuldade, expressa pelo coletivo, do que fazer e do que esperar frente aos casos que expressam sofrimentos psíquicos e sociais.

Quanto às polêmicas ocorridas durante a discussão dos casos, consideramos que a expressão de posições ideológicas distintas, mesmo minoritárias, enriqueceram o debate, pois expressaram posições presentes na sociedade, as quais se constituem e se reproduzem, inclusive, nas relações de trabalho. Mesmo quando manifestada por uma ou duas pessoas do grupo, entende-se que tais concepções se constituíram nas relações sociais que lhe estão disponíveis.

Por fim, cabe apontar a limitação da compreensão do papel das práticas meditativas e de sua operacionalização nos serviços, que atribuímos ao desvirtuamento da compreensão de tais práticas, oriunda de sua captura por concepções, ora positivistas, ora pós-modernistas.

Nos encontros do seminário sobre as necessidades de saúde, após a apresentação específica sobre o tema em *powerpoint*, as ponderações e os esclarecimentos, os grupos concordaram em tomar como parâmetro para a discussão, a taxonomia ou enfoque das necessidades de saúde elaborada por Norma Matsumoto e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio¹⁶, porém redefinindo um dos agrupamentos propostos^{IX}, com as seguintes reflexões:

Tecnologias de saúde – Adotou-se os conceitos de tecnologias leve, leve-duras e duras, proposta por Merhy, com base na ideia de que o valor

IX Em vez do agrupamento autonomia, proposto pelos autores, após crítica à tal conceituação, decidiu-se substituir por recuperação e desenvolvimentos de capacidades, conforme a explicação contida na dissertação.¹⁵

de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive.^{17,18}

Vínculos (a) efetivos – Estabelecimento de uma relação pessoal, contínua no tempo, incluindo e respeitando as subjetividades. Os vínculos se efetivam nos cuidados que fazem parte do atendimento. Estão presentes não só no acolhimento, mas também em como o trabalhador de saúde está implicado com o que executa como, por exemplo, em como processa as referências para outras unidades ou serviços e a contra referência. Também está intimamente associado com as condições de trabalho e o tempo que se tem disponível para realizar todos os procedimentos e cuidados que fazem parte de um bom atendimento em saúde.

Desenvolvimento e recuperação de capacidades – Possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida, sabendo-se que essa ressignificação poderá ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

Boas condições de vida – como os diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres, no processo produtivo nas sociedades capitalistas, são as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer. Processo produtivo significa inserção no trabalho, mas também acesso a direitos e bens, como exemplo água tratada, condições de moradia, patrimônio de conhecimento da humanidade.^{15,16}

No primeiro bloco de discussão os instrutores expuseram suas percepções sobre as tecnologias que predominam nas unidades de saúde onde trabalham ou atuam e identificaram o tipo de tecnologias predominantes em suas unidades de trabalho:

“(...) na unidade (...) concentra mais as tecnologias leves-duras, com atendimento em três clínicas básicas, odontologia e grande demanda de planejamento familiar”. (Unidade Básica)

“(...) trabalho em uma unidade que atende crianças e adolescentes onde se utilizam as tecnologias leves. É um pressuposto do trabalho o vínculo, onde produzir saúde envolve construir relações com responsabilidades, portanto é necessário o trabalho vivo” (unidade de Saúde Mental)

“(...) em outra unidade, mais voltada para a promoção de

saúde, onde atuam alguns voluntários, com práticas corporais e meditativas e outras modalidades que seriam tecnologias leves". Unidade de Referência de MTPIS)

"(...) trabalho em unidade grande, de referência, que faz uso de todos os tipos de tecnologias". (Unidade de alta complexidade)

Sobre o uso de tecnologias e trabalho vivo em ato, os instrutores comentaram ainda:

"No trabalho de que participo é essencial este tipo de trabalho (trabalho vivo em ato) com vínculo de confiança, que possibilita à pessoa atendida 'confidenciar' necessidades críticas, pois trazem normalmente questões relevantes. Isto se associa com a capacidade de ajudar a encontrar respostas, de formar vínculos. "

"(...) as pessoas melhoram a qualidade de vida e desenvolvem capacidades, tanto físicas como emocionais. Isto também está associado com as relações e vínculos sociais e com o entendimento de que são sujeitos de sua melhora, o que é diferente de esperar que a melhora venha de uma pílula. "

Um instrutor comentou sobre as possibilidades de utilização de protocolos para as práticas corporais em uma concepção de tecnologia leve (predominando o trabalho vivo) ou de tecnologia leve-dura (predominando o trabalho morto, incorporado no protocolo):

"(alguns) desenvolvem o trabalho de forma muito protocolar (ligados aos protocolos) e outros o fazem de forma mais solta, menos presos aos protocolos".

Sobre o estabelecimento de vínculos, ocorreram muitas intervenções dos instrutores. Algumas colocações enfatizam sua importância:

"Considero que o conhecimento técnico do profissional é importante, mas pode não ser determinante, que os vínculos, o grupo de convivência, seriam mais importantes";

"(...) nos grupos de PCM se estabelecem os vínculos, as pessoas são acolhidas e se propicia laços de amizade entre as pessoas";

“Com relação à unidade de saúde como um todo, é difícil avaliar. O vínculo depende de cada setor”;

“(...) percebo que nos grupos com menos participantes o estabelecimento de vínculos, de laços é mais forte. A maioria das pessoas atendidas estabelece vínculos com a unidade e isto se fortalece com o tempo.”

Outras questões e problemas foram identificados no atendimento prestado em unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde:

(...) criança (...) encaminhada de forma que considero descuidada por profissional de uma unidade básica de saúde onde foi diagnosticado autismo: os pais contaram que a criança estava melhorando com o atendimento na unidade, portanto, se estava melhorando, havia sido estabelecido um vínculo e este vínculo foi rompido. Fora outros descuidos na conduta, não foram pensadas as repercussões do rompimento do vínculo. No final o diagnóstico de autismo estava errado;

(...) há problemas relacionados com a concepção de regionalização, que substitui as relações de vínculo pela localização da residência e onde, por exemplo, crianças e adolescentes podem ter de mudar o atendimento de unidades onde haviam estabelecido vínculos com a equipe.

Há falta de pessoal e as pessoas que se aposentam ou que se afastam do trabalho, não são repostas e isto vem se agravando. Estas precariedades do atendimento impedem a formação de vínculos de confiança e a unidade não está “sintonizada” para atender esta necessidade;

Pelo que foi exposto, o estabelecimento de vínculos afetivos e de laços de solidariedade, de modo geral, está identificado, entre os instrutores, como uma necessidade para a qualificação do trabalho que executam e também como uma característica dos grupos das práticas meditativas e demais práticas corporais e meditativas (PCM). Vale ressaltar, que foram identificadas também condições que são facilitadoras para o estabelecimento de vínculos, como a constância de participação nas atividades grupais e o número de participantes do grupo.

Apesar da importância reconhecida do estabelecimento dos vínculos, os instrutores procederam a várias referências de que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, grande parte do atendimento nas unidades de saúde é realizado sem esta implicação. Também associaram esta situação com precariedades das condições de trabalho e com a organização dos serviços.

Sobre as necessidades de recuperar e desenvolver capacidades, no grupo, instrutores da unidade de referência em MTPIS e dos CECCO tiveram maior facilidade de comentar as experiências positivas nas unidades. Outros instrutores referiram experiências positivas nos grupos de meditação e outras PCM.

“(...) no início da participação no grupo, alguns resistem, alguns desistem e outros iniciam com entusiasmo. Dos que resistem, por exemplo, alegando motivos religiosos, depois de compreenderem que não é uma prática religiosa, mas uma prática de saúde, uma parte supera o preconceito e se tornam muito participativos. Estes que participam, que estão presentes nas atividades, desenvolvem capacidades.”

“Sobre os resultados dos dois grupos, que sou responsável (um de PCM), considero que são atividades que complementam outros tratamentos. Há relatos de melhora dos sintomas, mas não consigo relacionar com que tipo de atendimento se estabeleceu a melhora. Seria preciso um estudo para avaliar os resultados.”

“É possível perceber esta mudança de atitude, mas isto ainda não é avaliado, medido de algum modo”

Um instrutor comentou sobre o programa em que está inserido em uma unidade de saúde:

Sobre o desenvolvimento de capacidades, é difícil avaliar na unidade de saúde. No programa em que trabalho há grande compromisso da equipe. As pessoas atendidas podem ter uma história de vida difícil, sofrido o estigma social e podem necessitar de um amparo. A equipe atua prestando este amparo e o cuidado, inclusive atuando para facilitar a reinserção no trabalho. Então, nesta prática de solidariedade é possível re-

cuperar ou conquistar também uma capacidade social que é pelo menos tão importante como a capacidade física (...).

Outro instrutor fez uma avaliação importante:

Considero, de modo geral, que a unidade obtém para a maioria dos atendimentos realizados, bons resultados, que muitos casos evoluem bem, que as crianças e adolescentes atendidas melhoram. Noutros casos não considero que a melhora é significativa. Considero que (e isto não é compartilhado por parte da equipe), uma criança que permanece em atendimento em uma unidade de referência por 6, 7, 8 ou mais anos, é porque o resultado foi insuficiente, que a condição está cronicada, que não foi possível encaminhá-la, por exemplo, para os CECCO e unidades de saúde. Acaba sendo reproduzida uma lógica de manicomização;

Outras questões foram problematizadas:

“(...) é mais fácil perceber as capacidades físicas e menos as conquistas relacionadas com o emocional”.

Sobre as boas condições de vida, como necessidades de saúde, os instrutores problematizaram a complexidade inerente à esfera das boas condições de vida com narrativas como:

“(...) boas condições de vida é um termo muito amplo, se refere desde a percepção subjetiva do bem-estar até a saúde física, passando por questões de entendimento do mundo e de satisfação de necessidades”.

“(...) nas unidades de saúde mental se lida com sofrimento psíquico, o que remete a pensar nas condições de vida. Não há como pensar e praticar cuidado em saúde mental sem considerar as condições de vida, porque sem reconhecer o que está na determinação do sofrimento tende-se para práticas alienadas, em que o sujeito que sofre, muitas vezes se torna objeto do saber e das técnicas. ”

E ainda expôs o entendimento de que as condições de vida se articulam com o social e político:

“O sofrimento psíquico é social e político e está intrinsecamente articulado às condições de vida, nestas incluídas a cultura, a moradia, o transporte, o lazer, a inserção pelo trabalho, a confiança no futuro (...) na unidade há uma limitação na utilização de tecnologias de diagnósticos e de intervenção nas condições de vida que determinam a saúde.”

No tópico, vários instrutores entenderam que as práticas corporais e meditativas respondem, pelo menos, a parte destas necessidades:

“(...) o trabalho desenvolvido na unidade de saúde, incluindo as PCM, propicia boas condições de vida”;

“(...) conjunto das práticas integrativas da sala de meditação da unidade de saúde contribui para a melhora das condições de vida”;

“(...) ao atender com as práticas integrativas contribui com as condições de vida ao possibilitar o desenvolvimento de potencialidades e a promoção da saúde”.

Ao abordar a questão da medicalização, como prática para adequar comportamentos, um instrutor indicou sua relação com a determinação social:

“(...) minha unidade recebe muitas crianças e adolescentes oriundos do ambulatório do hospital das clínicas (HC/USP), em sua grande maioria multimedamentadas, com condições crônicas. Muitas crianças pela contenção química estão largamente incapacitadas ou com imensas dificuldades para desenvolver suas capacidades. A isto se associa a limitação de atendimento com psiquiatra, já que nem todas conseguem o acompanhamento para reduzir a medicação. Considero que esta situação é fortemente determinada socialmente: hoje a infância incomoda muito e tanto as crianças mais tranquilas como as mais ativas são enquadradas em supostas condições que necessitariam ser medicalizadas. Isto está se difundindo no senso comum e mesmo pessoas leigas, sem relacionar com as condições de vida, fazem ou sugerem diagnósticos precoces, por exemplo, de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).”

Ao abordarem a articulação do trabalho que desenvolvem na unidade de saúde com instituições e movimentos populares, alguns instrutores estabeleceram a relação destes movimentos com as condições de vida:

“Para quem se articula e participa destes movimentos, influencia na compreensão e na intervenção nas condições de vida que se associam com as condições de saúde”; “(...) as capacidades estão muito comprometidas então é necessário buscar apoio em outras instituições e procurar intervir na família”; “A articulação com os movimentos e instituições facilita o trabalho, mas ainda é intermitente, e pode ser melhorada”.

“A articulação com as instituições amplia a qualidade do atendimento que o setor oferece, ajuda a atender aspectos que a unidade de saúde sozinha não consegue responder. Penso que isto pode ser ampliado, pode ser mais efetivo se articular também com movimentos sociais como o Fórum Popular de Saúde. ”

Vários instrutores citaram a incipiência desta articulação ou a necessidade de haver investimentos nesse sentido:

“A articulação dos movimentos citados ainda ocorre por iniciativas individuais, não da equipe do setor”; “(...) penso que isto pode ser ampliado, pode ser mais efetivo se articular também com movimentos sociais como o Fórum Popular de Saúde”.

Alguns instrutores citaram experiências concretas de articulação:

“(...) no bairro existe um movimento de saúde autônomo da população e muitas vezes fazem convite para os trabalhadores da unidade de saúde participarem das reuniões. Na unidade são divulgadas as atividades dos movimentos populares de saúde”.

Vários instrutores identificaram as condições de vida como determinantes das condições de saúde e consideraram a necessidade de articulação com instituições que atuam no âmbito do social e principalmente com movimentos sociais e populares, mas, de forma geral, se identificou que esta articulação ainda é incipiente ou inexistente.

O processo de trabalho

A apresentação do tema, organização e gestão do processo de trabalho, foi fundamentada no materialismo histórico, abordando algumas categorias e conceitos ou explicações como: trabalho e trabalho humano, processo de trabalho e seus componentes, mais-valia, força de trabalho, divisão do trabalho e sobre os momentos históricos do modo de produção capitalista. Na abordagem do processo de trabalho discutiram-se os modos de organização do trabalho, destacando as características da “gerência científica” (*taylorismo*^X), mas também abordando aspectos das ‘novas’ técnicas organizacionais (*toyotismo*^{XI}). Na apresentação, que antecedeu a discussão, algumas dúvidas foram esclarecidas e, na sequência, procedeu-se a discussão.

A discussão sobre a organização do trabalho nas unidades de saúde foi orientada pelas questões: *como está organizado e gerenciado o trabalho na unidade de saúde onde trabalha; você considera que há relação entre esta organização e este gerenciamento com a resposta às necessidades de saúde?*

Foi realizada reflexão extensa – pautada na realidade que os instrutores vivenciam no seu trabalho. Sobre a caracterização do serviço que as unidades de saúde oferecem, várias narrativas:

“A prioridade do atendimento (...) é responder às queixas (queixa-conduta) e não o olhar integral para quem é atendido, o que interfere na qualidade do atendimento e interfere no diagnóstico de casos com gravidade que, em várias situações, não foram diagnosticados”;

(...) percebo que a equipe não consegue atender toda a demanda, que é maior do que a capacidade do setor. A organi-

X Taylorismo ou “administração científica do trabalho” é um modo de organizar o processo de trabalho onde é estabelecido de antemão o quê e como fazer. Representa a separação extrema entre a concepção e a execução do trabalho. No processo de trabalho fabril, o que se conhece como fordismo, também se insere na “administração científica do trabalho” e diz respeito ao ordenamento sequencial em cadeia do processo de produção onde o uso da esteira que determina o ritmo do trabalho.

XI Toyotismo é um modo de organizar o processo de trabalho objetivando a flexibilização da fabricação de mercadorias e a adequação da estocagem dos produtos conforme a demanda. Neste modo de organização do trabalho ocorre a eliminação da demarcação de tarefas, longo treinamento para o trabalho com aprendizagem no trabalho, organização horizontal do trabalho e ênfase na co-responsabilidade do trabalhador.

zação interna do setor esbarra na capacidade de responder a demanda;

“(...) as ações caracterizadas como da saúde coletiva são pouco consideradas”; “Considero que a maior parte do atendimento prestado tem o caráter individual e curativo destinado aos que agendam o atendimento ou para os que eventualmente, conseguem uma vaga de encaixe”.

Na sua experiência de trabalho identificaram que predomina a utilização do *taylorismo*, particularmente, com relação à verticalização da gestão e decisões, assim como fragmentação do trabalho:

“(...) considero que a organização do trabalho e a gerência da unidade são “tayloristas”, pela fragmentação da abordagem (...) e falta de integração dos setores. A gerência não discute nas reuniões as questões relacionadas com a organização do trabalho e do serviço. As reuniões são somente para passar informações. Opta, nas questões relacionadas ao trabalho, pelas conversas “pessoa a pessoa”. Uma minoria questiona a gerência, o que provoca tensões. Alguns, ainda com potencial e disponibilidade para continuar trabalhando, optaram pela aposentadoria. ”

“(...) o que predomina na unidade e no setor onde trabalho é a gerência e organização “taylorista”. Há meses a equipe não consegue se reunir”; “Há muitos profissionais compromissados, mas o trabalho é fragmentado. Por exemplo, não está organizada a discussão de casos na equipe”.

(...) o trabalho que executo (...) não é gerenciado nem organizado. Ficou decidido que atenderia as demandas do conselho tutelar e ministério público e é assim que funciona. Chega e tem de atender. Isto impede que o trabalho seja organizado, inclusive voltou a ter lista de espera para outros atendimentos. ”

“(...) na unidade de saúde onde trabalho, o (processo de) trabalho é hierarquizado e não se estabeleceu um processo de comunicação com os outros setores”; “Estou preocupado com os problemas e como vai ser organizado o trabalho no ano que vem. A equipe não se reúne e há grande dificuldade para marcar reuniões da equipe”.

(...) não ocorrem discussões de casos e percebo que os trabalhos em equipe estão retrocedendo: o diagnóstico de saúde da população que é atendida, os dados epidemiológicos da região não estão sendo trabalhados, assim como o plano pedagógico da unidade. Tudo isto, que já foi feito, se perdeu. O que ainda sobrevive de promoção de saúde são as práticas corporais e meditativas.

“Muitos trabalhadores concordam com o modo de organizar o trabalho ou se acomodaram. Fazem somente o que é solicitado e ficam isolados em suas salas ou consultórios. Outros trabalhadores percebem a necessidade do atendimento mais integral, procuram conversar com outros profissionais e conseguem perceber outras necessidades nas pessoas que atendem.”

“(...) parte da equipe tem compromisso com a atenção à saúde, com estabelecer relações com os sujeitos do atendimento, pautadas na cidadania. Entretanto, avalio que esta não pode ser pensada como uma política de atenção em saúde mental, porque está muito mais nos esforços individuais dos trabalhadores, o que sobrecarrega e adoce o próprio trabalhador. São questões complexas.”

“Avalio que, como o serviço está estruturado, ainda que se tenha o comprometimento e empenho da maior parte da equipe no desenvolvimento de suas atribuições de saúde, não avançamos muito no rumo a conquista de um modelo de atenção a saúde integral”.

Esses relatos revelam um descompasso entre a concepção e os princípios do SUS e o modo como se efetiva a organização do trabalho nas unidades de saúde, indicando também retrocessos com relação a outros momentos do SUS.

As exceções são a unidade de referência em MTPIS e parte das unidades de saúde mental onde estes modos de gestão e organização do trabalho são aplicados de modo mais brando ou podem não ser aplicados, tal como desvelaram estes relatos:

“(...) onde trabalho, a gerência é democrática. A equipe reúne uma vez por semana, e ocorrem discussões em grupo. A

gerência apóia o desenvolvimento das práticas corporais e meditativas, favorece o aprimoramento e a participação dos trabalhadores em cursos”.

“Na unidade de referência é diferente: o atendimento é discutido, a gerencia é democrática, é possível ser criativo”.

Diante do quadro de retrocesso, e talvez às dificuldades inerentes ao trabalho em saúde, as reflexões dos instrutores revelam um clima, entre muitos trabalhadores de saúde, de frustração com seu trabalho e em relação ao sistema público de saúde. A frustração costuma convergir para três possíveis posturas que às vezes se misturam e que podem ser assumidas pelos trabalhadores da saúde: revolta; acomodação; indiferença. Há ainda uma quarta posição possível – presente no caminho apontado na discussão da pesquisa participante, que se esboça nesta pesquisa como possibilidade: apostar no esforço de ampliar a compreensão da realidade para transformá-la.

Considerações finais

Uma primeira consideração que cabe, quanto ao presente estudo se refere à elaboração da proposta e do projeto de pesquisa que, por questões relacionadas à dinâmica própria de uma pesquisa, que também objetivava a elaboração de uma dissertação, portanto com limites de prazos, foi elaborada sem a participação do coletivo pesquisado, portanto com certa externalidade, mesmo considerando que o pesquisador proponente estivesse inserido no seu trabalho, também, como instrutor de práticas meditativas e com participação ativa no programa das PICS no município.

Sem desconsiderar esta questão puderam-se observar, pelos resultados da pesquisa, que os instrutores incorporaram a compreensão de diversas categorias abordadas, como processo de trabalho, modos de organização e gestão do trabalho inclusive identificando preponderância da “gerência científica” (taylorismo) na gestão e organização do trabalho em saúde.

Também ampliaram a compreensão dos interesses sociais em disputa na sociedade, particularmente os interesses em concorrência no campo da saúde, tornando-se mais aptos para realizarem processos de reflexão crítica, para além do senso comum prevalente na saúde. Como exemplo a identificação e que os vários problemas e regressões que o SUS experimenta e que se refletem diretamente no atendimento prestado aos usuários do sistema público de saúde são articulados com os processos em curso de natureza global, que determinam as políticas de privatização da saúde e de precarização do trabalho.

Neste ponto, cabe ressaltar a pertinência da opção pela pesquisa participante. Apesar dos instrutores que participaram da pesquisa, de modo geral, não se conhecerem antes dos seminários, por partilharem vivências similares no seu trabalho e participarem do grupo de pesquisa, da tarefa coletiva, acabaram por se constituírem como sujeitos (sujeito coletivo) do processo. O contexto de horizontalidade dos pontos de vista propiciados pela pesquisa participante efetivamente foi capaz de produzir um processo reflexivo que produziu conhecimento criando, portanto, possibilidades de mudanças. Mais ainda, o coletivo dos instrutores que participaram da pesquisa foi capaz de reconhecer que a reflexão que realizaram necessita ter como consequências ações que transformem ou, pelo menos, contribuam com a transformação das injustiças e iniquidades por eles identificados o que significa uma apreensão do significado da práxis. Portanto, a pesquisa se conduziu conforme os pressupostos emancipatórios da pesquisa participante, de contribuir para o coletivo se posicionar de modo mais *crítico, justo, livre, criativo, participativo, responsável e solidário*.

Assim, cabe reconhecer que a compreensão decorrente do processo de reflexão coletiva, ainda esbarra em certos limites, principalmente relacionados à compreensão do contexto onde o SUS está inserido.

Também é necessário apontar que permanece a dificuldade – comum entre os trabalhadores do SUS –, de intervir de acordo com os princípios da integralidade, em particular nos casos que necessitam de uma intervenção mais complexa, incluindo resposta a demandas subjetivas e alguma intervenção nas condições sociais.

Neste ponto cabe expressar um ponto de vista dos autores: apesar das reflexões produzidas no debate refletirem um grau de estruturação da compreensão das necessidades de saúde, conforme o modo que foi proposto agrupar ou organizar a compreensão das necessidades de saúde, ainda é possível perceber uma diversidade e imprecisões sobre o conceito de saúde (e conseqüentemente de doença) que utilizam, pelas reflexões e conclusões que expressaram.

Esta imprecisão, comum entre os trabalhadores em serviços de saúde, torna difícil perceber, na sua complexidade, o papel que os profissionais de saúde e as unidades de saúde devem desempenhar. Tal dificuldade no entendimento dos papéis das unidades de saúde e, principalmente, dos trabalhadores de saúde e outros atores que prestam cuidados pode ser resumida em três questões: sobre o que eu atuo?; o que eu busco?; e o que eu faço?.

A dificuldade de entendimento dos papéis se articula, portanto, com a compreensão do conceito de saúde (sobre o que eu atuo?). O conceito de saúde hegemônico, o da biomedicina, se insere na interpretação positivista que se baseia nos dados objetivos: dados observáveis ou quantificáveis, no caso da doença. Mesmo na clínica, que lida com sintomas e sinais, sendo os sintomas em essência subjetivos, ocorre um esforço de objetivá-los e para serem plenamente validados, necessitam da comprovação construída pela patologia. O subjetivo e o social, neste enfoque, são apenas tolerados quando não são considerados como fatores contaminantes do processo.¹⁹

Para construção de um objeto do trabalho em saúde, alternativo à concepção positivista da doença, identificou-se um caminho de abordagem que reúne experiências elaboradas em diferentes partes do mundo e que pode, inclusive, incorporar os conhecimentos da biomedicina, desde que devidamente relativizados, eliminando a relação hierárquica de conhecimentos. Uma das experiências referidas, com origem milenar, foi elaborada no Oriente e embasam as práticas meditativas e as medicinas tradicionais. O objeto é o sofrimento. Tal compreensão está presente nas práticas meditativas com origem de tradições orientais. Outra experiência, mais recente, foi elaborada no interior do movimento de reforma psiquiátrica, que se expressou na década de 1970, declaradamente como

alternativa à interpretação positivista. Ali se forjou o conceito de sofrimento psíquico, ondeno qual estariam articulados o sofrimento físico e o sofrimento social.

O pensamento dos autores é que esse enfoque, devidamente compreendido e aprimorado, além de concretizar melhor o objeto sobre o qual atuam os instrutores de PCM, permitindo a melhor compreensão de seu papel, também se articularia melhor com os chamados princípios doutrinários do SUS, de universalidade e integralidade, assim como com os princípios de equidade e solidariedade.

Na mesma linha de raciocínio esse enfoque também tornaria mais tangível o entendimento da necessidade de se privilegiar, no atendimento da população que utiliza os serviços de saúde, o trabalho vivo em ato e as necessidades de saúde, inclusive a busca de boas condições de vida, em uma perspectiva da determinação social do adoecimento.

Por último, cabe salientar que, pela limitação do tempo da pesquisa, não foi possível aprofundar a compreensão do contexto político, social e econômico e a introdução de temas sobre as concepções de saúde e sobre o papel da saúde e seus atores na prestação de cuidados.

Como se poderia operar frente às questões até agora colocadas?

Entende-se, que este estudo deve ser tomado como parte de um trabalho inicial que aponta possibilidades. Da parte dos autores e dos instrutores pesquisadores se manifesta o desejo e o compromisso com a continuidade do projeto que pode inclusive agrupar outros atores, como as pessoas comprometidas com a reforma psiquiátrica ou a reforma sanitária.

A suposição é que a continuidade do projeto contribuiria para a consolidação do *Programa das PICS* da SMS, em consonância com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

Até o presente momento não foi possível a continuidade do projeto, particularmente pela dinâmica social e política que vem colocando os trabalhadores do SUS, assim como o restante dos trabalhadores, em uma posição defensiva, atuando pela continuidade de direitos e condições mínimas conquistadas e que hoje estão ameaçadas, portanto com condições reduzidas para abrirem outras frentes de luta. Entretanto, as iniciativas que se inserem na luta pela superação das estruturas que man-

têm ou reforçam o autoritarismo e a desigualdade, são uma necessidade. Neste sentido apostamos que, iniciativas similares a esta, possivelmente mais aprimoradas, continuarão ocorrendo no âmbito do SUS, inclusive no município de São Paulo.

Neste sentido, cabe destacar uma síntese do processo de discussão, expressa na fala de um instrutor: “(...) *todos no grupo, em suas falas, falaram sobre a possibilidade de mudanças. Então esta possibilidade existe*”.

Referências

1. Brandão CR. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: Brandão CR, Streck DR, organizadores. Pesquisa participante: O saber da partilha. Aparecida: Idéias & Letras; 2006a. p.21-54.
2. Ferreira LL. Análise do trabalho: escritos escolhidos. Vezzà FMG, Iguti AM, Bussacos MA, Gonzaga MC, Donatelli S, organizadores. Belo Horizonte: Fabrefactum editora; 2015.
3. Brandão CR. Pesquisar-Participar. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006b. P. 17-33.
4. Oliveira RD; Oliveira MD. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006. P. 17-33.5.
5. Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. Ed. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Elliott J. Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio. In: Geraldi CMG, Fiorentini D, Pereira EMA, organizadores. Cartografia do trabalho docente: professor(a) – pesquisador(a). Campinas,: Mercado de Letras/Associação de Leitura do Brasil-ALB; 1998. p.137-152.
7. Borda OF. Aspectos teóricos da Pesquisa Participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2006. p. 42-62.

8. Brandão CR. Participar-pesquisar. In: Brandão CR, organizador. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. P. 7-14.
9. Brandão CR, Streck DR, organizadores. Pesquisa participante: O saber da partilha. Aparecida: Idéias & Letras; 2006.
10. Pereira EMA. Professor como pesquisador: o enfoque da pesquisa-ação na prática docente. In: Geraldí CMG, Fiorentini D, Pereira EMA, organizadores. Cartografia do trabalho docente: professor(a)-pesquisador(a). Campinas: Mercado de Letras/Associação de leitura do Brasil-ALB; 1998. p. 153-181.
11. Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educ Pesq. 2005; 31:483-502.
12. Thiollent, M. Construção do conhecimento e metodologia da extensão. Mesa-redonda, coordenada pelo Prof. José Willington Germano). In: I CBEU – Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, João Pessoa 10 nov 2002. [Acesso em 26 out 2014]. Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/conferencias/construcao.pdf
13. Pimenta SG. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. Ed Pesq. 2005; 31: 521-539.
14. Marques H. perspectiva racional-compreensiva ao planejamento estratégico: tópicos de reflexão. Rev. da faculdade de letras-geografia. 1994/5; 10-11 (1): 141-49.
15. Cabral MSF. A relação das necessidades de saúde com o processo de trabalho segundo a percepção dos instrutores de práticas meditativas. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2016. [Acesso em 26 ago 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/mestrado-profissional/mestrado-turma-2014/mariosfcabral-dissertacao-completa.pdf>.
16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na aten-

- ção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-2
17. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.
 18. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 19. Gonçalves RBM. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec,/ABRASCO; 1990. p. 39-86.

Ressignificação de saberes e práticas na educação em saúde: uma experiência com Agentes de Vigilância Ambiental à Saúde em ações de controle da dengue

Ana Lucia de Mello^I
Roseli Verônica de Souza^{II}
Eduardo Rodrigues Meyer^{III}

A formação dos profissionais de saúde no Brasil ainda enfrenta problemas a serem superados, entre eles uma defasagem entre o ensino na área de saúde e a realidade social. A superação dessa defasagem passa, entre outras questões, pela abertura dos processos de formação às comunidades e à participação em seus cotidianos¹.

Essa questão assume relevância ainda maior ao considerarmos que saúde não pode ser mais percebida como o oposto de doença, e que há uma singularidade e subjetividade no conceito de saúde; que pode ser compreendida como a capacidade de cada um de enfrentar situações novas, com a capacidade que cada um de nós possui de dar resposta às agressões a que está exposto². Além disso, cada indivíduo ou uma coletividade estão inseridos em diversos contextos socioeconômicos e culturais, entre outros, que atuam como determinantes no processo de saúde e doença.

-
- I Ana Lucia de Mello (analu_mello@yahoo.com.br). Doutora em Ciências, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP). Secretaria Municipal de Educação de Cubatão (SEDUC).
II Roseli Verônica de Souza (veronica.asali@gmail.com). Pedagoga. Departamento de Vigilância Ambiental à Saúde (DVS), Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão
III Eduardo Rodrigues Meyer (eduardomeyer@gmail.com). Advogado. Departamento de Vigilância Ambiental à Saúde (DVS), Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão.

Nesse sentido, um ensino em saúde que ainda priorize a dimensão biológica de saúde/doença, e centrado na transmissão de informações relacionadas a formas de transmissão das doenças, seus sintomas e modos de prevenção, corre o risco de tornar-se desconectado de uma concepção mais ampliada de saúde, e desconsiderar sua singularidade e subjetividade³.

Apenas repassar informações do ponto de vista da doença, e não da saúde, de forma verticalizada, normativa e prescritiva e visando à adoção, pelos ouvintes, de comportamentos mais “saudáveis”, acaba por desconsiderar as histórias pessoais e os inúmeros contextos em que os indivíduos estão inseridos. Além disso, essa abordagem em educação em saúde não contribui para que os indivíduos venham a construir novas possibilidades para alterar os contextos desfavoráveis à saúde, por não contribuírem para a construção de conhecimentos e por essas ações educativas serem descontextualizadas da realidade social dos indivíduos³.

Segundo Cyrino e Toralles-Pereira⁴ há um estímulo para que as instituições que formam profissionais de saúde busquem romper com “estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos”.

Essas mesmas autoras relatam experiências na formação de profissionais de saúde que já adotam, como uma possibilidade de ruptura com o ensino tradicional, metodologias problematizadoras, “fundamentadas na problematização da realidade dos educandos, em suas relações com o mundo”.

As metodologias problematizadoras apoiam-se

na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório. A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas(...)”⁴.

Aprendizagem por descoberta, assim como trazer para os alunos conteúdos de forma não completamente acabada, também são princípios da aprendizagem significativa, teoria formulada por David P. Ausubel, na década de 1960.

Conteúdos apresentados de forma não acabada, e que sejam desafiadores para os educandos, contribuem para modificar esquemas já constituídos pelo sujeito, representando desequilíbrios que provocam discordâncias ou conflitos cognitivos, a partir dos quais o indivíduo pode reconstruir o conhecimento, ampliando-o, ao superar essas discordâncias⁵.

Segundo esses mesmos autores, um outro ponto importante da teoria de Ausubel, é que para que haja a construção das aprendizagens significativas é necessário que os novos conhecimentos sejam conectados ou vinculados com os conhecimentos que os alunos já possuem. Daí a importância do levantamento e “acionamento” de conhecimentos prévios que as pessoas já possuem sobre os conteúdos a serem aprendidos para que se promova uma aprendizagem significativa, ao invés de mecânica, baseada na repetição e memorização (aprendizagem memorística).

Pelizzari *et al*⁵ esclarecem ainda que há vantagens na aprendizagem significativa em relação à aprendizagem memorística. Quando a aprendizagem ocorre de forma significativa o conhecimento adquirido é lembrado por mais tempo, novos conteúdos são aprendidos de maneira mais fácil e, caso conteúdos aprendidos sejam esquecidos, a “reaprendizagem” dos mesmos é facilitada.

A busca de ruptura com a forma tradicional de ensinar, segundo Pelicioni e Pelicioni⁶, também pode ser observada na educação em saúde que vem se caracterizando cada vez mais, no contexto do modelo da Promoção da Saúde, como um processo que

pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando à obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos (...)⁶.

Promoção da Saúde e Educação em Saúde são indissociáveis, uma vez que a Promoção da Saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se, simultaneamente, ocorrerem ações educativas que viabilizem a participação de indivíduos e da sociedade como um todo⁷.

Cabe ressaltar, nesse sentido, a importância do desenvolvimento, no ambiente escolar, de ações educativas que visem à formação de uma leitura crítica da realidade e que exercitem o protagonismo e participação dos alunos.

Considerando ainda que a promoção da saúde de indivíduos e de comunidades depende de ações educacionais, políticas e organizacionais, integradas e planejadas, a escola pública, se apresenta como “um espaço importante para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas de atenção à saúde”³.

A educação e a saúde devem fortalecer-se mutuamente, não só no ensino formal, mas também em outros espaços, e pode atuar como uma poderosa força para promover a qualidade de vida das populações⁸.

As informações descritas neste material referenciam uma experiência de formação de profissionais da equipe de Agentes de Vigilância Ambiental à Saúde (AVAS, aqui denominadas de Agentes), do Departamento de Vigilância à Saúde (DVS), da Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão/SP. Essa equipe (formada exclusivamente por mulheres) tinha como uma de suas atribuições o trabalho educativo no controle e combate de focos do mosquito vetor da dengue, o *Aedes aegypti*, que era realizado, em grande parte do tempo, em visitas à domicílios e à prédios públicos e privados.

Nessa experiência de formação foram utilizadas metodologias problematizadoras nos processos de ensino-aprendizagem, pautadas na participação e no *empowerment* dessas profissionais, para que viessem a desenvolver ações de educação em saúde, mais efetivas e com ênfase na participação, com alunos da rede pública de educação do município de Cubatão/SP.

A primeira autora deste capítulo atuava, à época, no Centro de Apoio Pedagógico e Formação Continuada (CAPFC), da Secretaria Municipal de Educação de Cubatão, como Coordenadora das áreas de Ciências

Naturais e Educação Ambiental, e tinha como uma de suas atribuições a coordenação e/ou execução de projetos que envolvessem parcerias entre Secretarias Municipais com atuação em áreas correlatas à área de Ciências Naturais, como, nesse caso específico, a área da saúde.

Dessa forma, foi a responsável pela coordenação e execução das ações de formação em educação em saúde aqui descritas, com a parceria e grande colaboração dos demais autores desse capítulo.

Essa experiência teve como objetivo geral contribuir na formação das Agentes para que pudessem, conjuntamente, desenvolver ações de educação em saúde em escolas da rede municipal de ensino de Cubatão. Contou com grande apoio do DVS e teve como objetivos específicos:

- ✓ Capacitar a equipe de Agentes em conceitos básicos de educação em saúde, bem como em metodologias problematizadoras nos processos de ensino-aprendizagem, pautadas nos princípios da aprendizagem significativa e na participação.
- ✓ Definir, coletivamente e de forma participativa, abordagens pedagógicas e elaborar recursos didáticos referentes ao tema abordado nas escolas por esse trabalho: controle e combate à dengue.
- ✓ Favorecer a integração entre as ações de educação em saúde da Secretaria Municipal da Educação e Secretaria da Saúde.
- ✓ Avaliar as possibilidades da atuação das Agentes em escolas de Educação Infantil II (4 e 5 anos) e do Ciclo de Alfabetização.

Contexto local

Por apresentar condições geográficas favoráveis e abundância de água, o município de Cubatão passou por um processo de grande industrialização, a partir da década de 1950, época em que se iniciou a implantação do polo industrial e um forte processo migratório de trabalhadores vindos do Nordeste. Em 2010, o município contava com cerca de 117.000 habitantes, sendo que 40% eram nordestinos ou seus descendentes⁹ que, ao longo do tempo, ocuparam, em muitos casos, áreas que oferecem ris-

cos à saúde e mesmo, à integridade física, como encostas de morros e manguezais.

Essa ocupação antrópica desordenada, aliada à realização de atividades econômicas sem preocupação com seus impactos socioambientais, acabou por determinar sérias alterações ambientais e, conseqüentemente, impactos negativos na qualidade de vida da população local, com a ocorrência de inúmeros e graves problemas de saúde. Cubatão chegou a ser considerada, na década de 1980, como a cidade mais poluída do mundo¹⁰.

Apesar do notório processo de recuperação ambiental que ocorreu a partir de 1983, e que trouxe inegáveis melhorias na qualidade de vida local, ainda atualmente parte considerável da população vive em áreas de ocupação irregular (favelas) que se caracterizam por grande número de residências sobre palafitas, em manguezais, com grande acúmulo de lixo nessas áreas e sujeitas, portanto, a evidentes agravos à saúde.

Além disso, 31% da população de Cubatão pode ser considerada como em situação de vulnerabilidade muito alta e a taxa de analfabetismo é cerca de 10%⁹.

Trabalhar em um contexto socioeconômico desfavorável como o encontrado em Cubatão pode ser bem desanimador para profissionais como as Agentes, especialmente porque o trabalho tem que ser desenvolvido, grande parte do tempo em condições de sol pleno, calor excessivo e sem locais adequados para alimentação e para realizar as necessidades fisiológicas.

“A gente não é professora, mas podemos ajudar a ensinar e educar. A gente se sente como educadoras, mas a população não vê a gente assim”.

A frase acima, dita por uma das Agentes, retrata o sentimento de desvalorização profissional que fazia parte do cotidiano profissional dessa equipe que desenvolvia o trabalho educativo visando ao controle e combate ao mosquito *Aedes aegypti* em Cubatão.

Em função das diversas condições adversas de trabalho, e dos muitos resultados desfavoráveis, alguns representantes do DVS, mais especificamente do Núcleo de Educação e Comunicação em Saúde (NECS),

procuraram, no segundo semestre de 2012, o CAPFC em busca de orientações para que as ações de educação em saúde, realizadas pelas Agentes, fossem aprimoradas e alcançassem maior efetividade.

Ainda segundo os representantes do NECS havia, há anos, um significativo investimento humano e material do DVS em ações como palestras, gincanas em escolas, distribuição de folhetos e cartilhas, mutirões de limpeza em bairros, visitas regulares em residências, prédios públicos e privados, e em indústrias.

Apesar disso, afirmavam que “as pessoas já sabem tudo que precisam sobre dengue”; mas a equipe de Agentes não conseguia perceber, a partir da observação do trabalho cotidiano, mudanças que consideravam significativas nas atitudes dos munícipes em relação a adoção de medidas efetivas para a diminuição e/ou erradicação dos criadouros do mosquito vetor da dengue.

Em algumas dessas gincanas, inclusive, integrantes da equipe de Agentes relataram que as “crianças acertavam todas as perguntas sobre dengue”, e que foi necessário, muitas vezes, “fazer perguntas cada vez mais difíceis, que só os técnicos sabem responder” para que pudessem definir as equipes de crianças vencedoras.

Nesse contexto desfavorável foi proposto um processo formativo para essa equipe que foi desenvolvido no segundo semestre de 2012. A partir dessa formação, as Agentes passaram a atuar com educadoras com alunos de Educação Infantil II e do Ciclo de Alfabetização de Cubatão.

Desenvolvimento do Processo Formativo

O processo formativo proposto e desenvolvido pelo CAPFC buscou romper com o paradigma de uma educação tradicional, focada na mera transmissão de informações, denominada por Paulo Freire de “educação bancária”¹¹ e adotada pelas Agentes até então.

Assim como o processo formativo, as ações educativas desenvolvidas nas escolas, também pautaram-se pelos princípios da aprendizagem significativa e adotaram metodologias problematizadoras nos processos de ensino-aprendizagem.

Foi proposto, então, inicialmente, a realização de grupos focais para identificar as representações sociais das Agentes (16 mulheres) em relação a questões como: conceito de saúde, percepção dos agravos e riscos à saúde, a importância dada ao papel dessas Agentes nas comunidades, e as principais dificuldades enfrentadas por essa equipe no seu cotidiano de trabalho, especialmente nas ações que vinham sendo realizadas nas escolas locais.

O grupo foi dividido, aleatoriamente, em dois subgrupos menores (oito integrantes cada) de forma a viabilizar a realização dos grupos focais.

A técnica do grupo focal foi utilizada nessa experiência por ser uma técnica de pesquisa diagnóstica que permite o entendimento e o redirecionamento das ações a partir da perspectiva do público-alvo, nesse caso, a equipe de Agentes¹².

A questão de uma escuta qualificada e cuidadosa, bem como o desenvolvimento de um trabalho de forma conjunta e participativa, foram aspectos considerados fundamentais e imprescindíveis nesse caso; pois qualquer que fosse o resultado da formação realizada, este precisaria ser construído com o grupo em questão e não, para ele; a fim de que surgisse um senso de pertencimento em relação ao trabalho pedagógico que estava em construção, e, desta forma, que tivesse legitimidade com as Agentes.

A opção pela realização de grupos focais também se justifica por esta ser uma técnica de pesquisa qualitativa que visa “obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências”¹³. Essa técnica tem sido internacionalmente utilizada para atividades como a estruturação de ações diagnósticas e o levantamento de problemas para o planejamento de ações educativas e como objeto de promoção da saúde e meio ambiente¹², como foi o caso da experiência aqui descrita.

Resultados dos grupos focais

Nos grupos focais realizados foram obtidos resultados significativos que balizaram, tanto a elaboração do processo formativo, como das ações de educação em saúde dele decorrentes.

Com relação ao conceito de saúde foi possível observar, a partir dos dados levantados nos grupos focais, que muitas Agentes, antes mesmo do processo formativo, já consideravam que fatores físicos, mentais e sociais interferem na saúde das populações, como pode ser demonstrado pelas falas abaixo:

“Saúde é bem-estar, corpo e mente trabalhando juntos, ter atividade física, ter espiritualidade (fé), namorar e boa estrutura familiar”.

“Estar de bem com a vida, ter tranquilidade e equilíbrio”.

“Ter bom rendimento no trabalho, fazer visitas ao médico, estar em harmonia”.

Quando questionadas sobre os possíveis riscos e agravos à saúde foi observado que havia certa percepção de questões socioambientais nos bairros em que atuavam, pois foram citados fatores como: poluição, falta de saneamento básico, drogas, violência doméstica e nas ruas, alcoolismo, má alimentação, vírus, bactérias e “saúde pública debilitada” (falta de médicos, remédios e dificuldade para conseguir consultas).

Uma das Agentes afirmou, ainda, que considerava como risco à saúde sentir-se “humilhada quando vou várias vezes buscar remédios no Posto de Saúde e dizem que não tem”. Interessante observar que a dengue não foi citada, em nenhum momento, como um agravo e/ou risco à saúde.

É importante salientar que a equipe de Agentes relatada nessa experiência era composta por mulheres jovens e senhoras, de 18 a 50 anos, oriundas das comunidades carentes em que atuavam, e muitas delas tinham completado apenas o Ensino Fundamental e nenhuma delas tinha alcançado o Ensino Superior.

Apesar disso, por meio das falas relatadas acima, é inegável o conhecimento que esse grupo possuía, ainda que genericamente, sobre saúde e seus agravos. Muitas vezes desqualificado e desvalorizado, esse conhecimento surge do senso comum e da prática cotidiana do trabalho em saúde e precisa ser reconhecido, acolhido e valorizado, como um dos pontos de partida para um processo formativo que vise, efetivamente, ser produto de uma construção coletiva.

Outro aspecto também fundamental a ser ressaltado é que a valorização, o acolhimento e o reconhecimento dos saberes das Agentes era um ponto fundamental na formação realizada para que essa equipe viesse a reconhecer, acolher e valorizar os saberes da população que atendiam.

Para aqueles que se propõem a atuar como mediadores em educação em saúde, seja como formadores ou não, cabe o alerta de Valla¹⁴, *apud* Rios *et al.*¹⁵, quando afirma que:

temos dificuldade em aceitar que as pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia sejam capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e, dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para a avaliação que nós fazemos da mesma sociedade. É possível afirmar que os profissionais e a população não vivem uma experiência da mesma maneira. São sujeitos distintos que têm um objeto em comum, porém o interpretam cada um adaptando-o à sua realidade e contexto histórico, social e político. Os saberes da população são elaborados sobre experiência concreta, a partir das suas vivências, diferentemente daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente e algumas vezes insuficiente.

Rios *et al.*¹⁵ trazem ainda uma reflexão importante quando advertem que “talvez a tarefa mais intensa para os profissionais da saúde e educação nos contatos que desenvolvem com as classes populares é aceitarem o fato de que o saber também é produzido por aquela classe (...)”.

Outro aspecto investigado nos grupos focais foi a importância dada pelo grupo ao seu próprio trabalho e como elas percebiam a forma como eram “vistas” pela população local. As Agentes afirmaram que:

“Somos vistas pela população como chatas e a gente se sente impotente”.

“As pessoas confundem a gente com carteiros e com Testemunhas de Jeová”.

“Somos consideradas apenas como Agentes da dengue”.

“Porque a gente faz mutirões para recolher lixo a população acha que somos obrigadas a catar o lixo do quintal delas e dos terrenos baldios”

O fato de a população considerar essas profissionais apenas como “Agentes da Dengue” era um fator de incômodo para o grupo, o que ressaltado nas seguintes falas:

“Fui fazer captação de gestante e a moradora me atendeu falando que ali não tinha água parada”.

“Não somos só Agentes da dengue. Tem outros programas”.

“Quando chegamos *nas* casas, as crianças falam: Mãe! É a moça da dengue!”.

“Nós podemos educar a população. Mas, as pessoas não veem a gente como educadoras. Acham que nossa função é limpar a gaveta da geladeira, limpar o lixo do quintal e tirar a água parada de pneus e garrafas”.

A resistência da população às visitas das Agentes ficou clara nas falas do grupo, como por exemplo:

“O município fala: na minha casa *tá* tudo limpinho, mas em tal casa fechada, tal obra...”.

“Fui em uma casa e o morador não me deixou entrar porque não tinham resolvido o problema do terreno baldio que ele reclamou pra mim, na semana passada”.

“A gente chega nas casas e pede *pras* crianças chamarem a mãe ou o pai. As crianças vão lá dentro e voltam dizendo: minha mãe mandou dizer que não *tá*, minha mãe mandou dizer que *tá* tomando banho.”

“Teve uma vez que eu fui em uma casa e me jogaram um balde de água fria pela janela”

Uma das integrantes do grupo salientou que “queremos ser vistas com respeito, como educadoras e não com descaso”. Essa questão da autoimagem foi considerada, na época, um aspecto muito importante a ser investigado, pois era fundamental saber se a equipe estaria disposta, e se consideravam necessário e importante, buscar uma mudança na forma

como eram vistas pela população e também, se estariam dispostas a participar em uma formação para aprimorar a atuação delas como educadoras.

Quando questionadas sobre as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do trabalho salientaram as seguintes questões: horário de trabalho que as deixava muitas vezes exposta ao sol e calor excessivo e ter que trabalhar sozinhas, e não em duplas, como gostariam. Relataram que em, algumas situações, tinham que visitar, sozinhas, domicílios em que só havia homens presentes no horário da visita, e que sentiram-se ameaçadas e amedrontadas.

Outra dificuldade relatada foi a visita a domicílios em algumas favelas de Cubatão, em áreas de palafitas, devido ao fato de que alguns moradores “andam armados” e, em certas ocasiões, as Agentes realizaram visitas nesses locais sob a mira de armas.

Outro aspecto significativo é que, nitidamente, pode ser observado certo desgaste e descontentamento, com as práticas de trabalho que eram adotadas por essas profissionais, relatadas nas seguintes falas:

“Não adianta fazer os mutirões de limpeza nos bairros, porque a população só limpa quando há incentivo, e depois cobra das Agentes a limpeza dos seus quintais e mangues. A maioria da população só limpa no dia do mutirão e depois joga o lixo nas ruas e mangues”.

“Como posso falar de dengue se em muitas casas as famílias possuem outras necessidades?”

“A população vê a gente como chatas, sempre falando as mesmas coisas, batendo na porta em hora inconveniente”.

“Algumas vezes me sinto inútil por ver tanto lixo. Alguns moradores batem a porta na nossa cara e temos que sair dali sorrindo”.

“É muito difícil trabalhar nos prédios da prefeitura porque as pessoas reclamam, a gente encaminha para outros setores da prefeitura as reclamações e nada é feito”.

Em dado momento dos grupos focais as Agentes comentaram que “sentiram mais facilidade em trabalhar em escolas, com crianças do Ensino Fundamental”. Chegaram, inclusive, a declarar que:

“Queremos um projeto para trabalhar nas escolas, com o apoio da Secretaria de Educação”.

“Queremos ser reconhecidas como educadoras. Podemos fazer com as crianças atividades como brincadeiras, dinâmicas e gincanas. Mas, precisamos aprender a fazer isso melhor. Fazer um projeto diferente conforme a realidade de cada bairro onde a escola se localiza”.

“A gente quer ser vista pelos professores como educadoras e sermos respeitadas, não somente como as moças da dengue”.

Ao serem questionadas sobre o que entendiam por “aprender a fazer isso melhor”, o grupo manifestou-se através de falas como as seguintes:

“Ficamos inseguras pra ir *nas* escolas porque não somos professoras”.

“Não sabemos dar aula e ensinar como quem já estudou para isso”.

“Nas vezes que fizemos atividades nas escolas algumas professoras olharam a gente ‘de cima abaixo’ e não fomos muito bem recebidas”.

As falas acima demonstram que, apesar de as Agentes considerarem a escola um espaço mais acolhedor para o trabalho educativo que vinham realizando, ainda havia uma demanda significativa a ser atendida no processo de formação visando o empoderamento e a instrumentalização desse grupo para que viessem a atuar, efetivamente, como educadoras em saúde e não, apenas, como “transmissoras de informações” sobre dengue.

O interesse e o desejo das Agentes em continuar e aprimorar o trabalho que já vinha sendo desenvolvido nas escolas foi um dado muito importante no início dessa experiência, considerando que havia a proposta de que as ações de educação em saúde que a serem desenvolvidas por essa equipe fossem resultado de uma construção coletiva e compartilhada.

Considerar a experiência cotidiana dos diversos atores envolvidos em um processo de construção do conhecimento caracteriza a construção compartilhada do conhecimento (a partir do diálogo entre senso comum e a ciência); e que objetiva com que os indivíduos envolvidos con-

quistem maior empoderamento (*empowerment*), de forma que possam ser mais capazes de intervir nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas¹⁶.

Cabe ressaltar ainda a importância de serem feitos levantamentos prévios das opiniões e conceitos para que para as ações propostas sejam coerentes com as expectativas dos indivíduos envolvidos¹⁷. Essa conduta também é importante, pois frequentemente são constatadas divergências entre o que os profissionais de saúde acreditam que a população precisa saber e o que alguns grupos consideram importantes¹².

Foram investigadas também, nos grupos focais, quais estratégias pedagógicas eram utilizadas nas atividades nas escolas e o grupo relatou que, usualmente, faziam palestras e/ou aulas expositivas, e ao final, distribuíam folhetos ou cartilhas alusivas ao tema, caracterizando uma abordagem pedagógica centrada na transmissão de informações (“educação bancária”).

Cabe ressaltar, mais uma vez, que mudanças nos comportamentos dos indivíduos não decorrem da simples transmissão de informações, como alguns autores^{18,6} já alertaram. E que “devem ser reavaliadas as campanhas de controle e/ou erradicação de doenças, veiculadas através dos meios de comunicação de massa, ou ainda os materiais produzidos por elas, como filmes, cartazes, folhetos. Etc;”¹⁸.

A partir dos dados levantados nos grupos focais foi elaborada, sob a coordenação da primeira autora desse capítulo, e com o apoio dos demais autores, uma proposta de formação para a equipe de Agentes que foi desenvolvida em quatro encontros formativos, de quatro horas cada, totalizando 16 horas de formação teórica e prática, e que contou com a participação de todo o grupo que participou dos grupos focais (16 Agentes).

Nesses quatro encontros foram abordados conteúdos como: histórico, princípios e fundamentos da Promoção da Saúde e da Educação em Saúde, abordagens em educação (especialmente a abordagem tradicional e as metodologias problematizadoras dos processos de ensino-aprendizagem), participação e empoderamento (*empowerment*) na educação, princípios de uma aprendizagem significativa; e os desafios na educação em saúde na atualidade no país e, mais especificamente, no contexto local.

O último encontro foi dedicado ao planejamento e elaboração, conjuntamente com a equipe das Agentes, das primeiras ações de educação em saúde a serem desenvolvidas nas escolas. Esse foi um momento muito rico, tanto para a formadora como para as Agentes, pois proporcionou o protagonismo das mesmas na construção coletiva de uma proposta didática a partir da perspectiva dos olhares, saberes e conhecimentos desse grupo, ao invés de oferecer uma proposta preconcebida e acabada¹⁹.

Os quatro encontros formativos realizados tiveram como um dos seus eixos estruturantes a premissa de que era necessário investir em atividades que proporcionassem vivências de uma prática pedagógica com foco na participação, na cooperação, no trabalho coletivo e na horizontalidade das relações entre formadora e as Agentes. Dessa forma, durante os encontros foram utilizadas técnicas de trabalho grupal, como vivências, jogos cooperativos e dinâmicas de grupo.

Outro pilar desse trabalho formativo foi o cuidado com a adoção, pela formadora, de uma abordagem pedagógica pautada em metodologias problematizadoras, de forma a proporcionar, para as Agentes, a vivência de uma prática didática que trouxesse uma referência de atuação didática diferente da prática tradicional.

Além disso, que essa abordagem pedagógica pudesse favorecer a leitura crítica e a reflexão sobre a “forma tradicional de ensinar” e, consequentemente, contribuir para o rompimento com a visão unilateral de prática pedagógica utilizada por essas profissionais.

Dessa forma, foram utilizadas estratégias pedagógicas como rodas de conversa, estudos de caso, leitura e análise de imagens, de textos e de materiais audiovisuais (vídeos), e aulas expositivas dialogadas para enfatizar os diversos conteúdos propostos para essa formação.

Ao final desse processo formativo inicial, as Agentes declararam que consideraram adequada a metodologia pedagógica adotada para o desenvolvimento dos conteúdos e que sentiam mais seguras, de maneira geral, em desenvolver atividades de educação em saúde. Apesar disso, nem todo o grupo sentiu-se atraído em deixar de realizar, prioritariamente, a rotina de visitas de inspeção e orientação e passar a atuar, mais diretamente, nas escolas.

Alegaram que, apesar de agora terem uma melhor compreensão dos princípios e da importância das ações de educação em saúde, a maioria não se sentia atraída em desenvolver essas ações no ambiente escolar, embora reconhecessem a grande importância desse trabalho.

Diante desse panorama foi formado um grupo de trabalho composto por cinco Agentes, oriundas do grupo que passou por esse processo formativo inicial, e que manifestou grande interesse em se envolver, mais diretamente com o trabalho de educação em saúde nas escolas e comunidades locais, ainda a partir do segundo semestre de 2012. Por não terem formação pedagógica e por não terem experiências anteriores, de forma sistematizada, com o ambiente escolar, o grupo optou por iniciar as ações educativas com turmas de Educação Infantil (4 e 5 anos) e anos iniciais do Ensino Fundamental I (1 e 2º anos).

A opção foi considerada adequada considerando que é na infância que as crianças adquirem as bases de seu comportamento e conhecimento, o senso de responsabilidade e a capacidade de observar, pensar e agir. A partir desse período, a criança adota hábitos higiênicos que duram por toda a vida, descobre a potencialidade de seu corpo e desenvolve habilidades e destrezas para cuidar de sua saúde e do meio ambiente, e colaborar no cuidado de sua família e comunidade^{20,21}.

Antes do início do trabalho nas escolas, a Coordenadora do CAPFC participou de alguns momentos de formação de professores nas escolas, o Horário de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC), para divulgar e esclarecer aos professores e equipes pedagógicas o trabalho de educação em saúde que iria se iniciar naquele momento, além de tentar minimizar possíveis resistências a esse trabalho. Além disso, os Coordenadores Pedagógicos e Orientadores Educacionais das escolas de Educação Infantil e Ensino Fundamental foram convocados, pela Secretaria de Educação, a participar de uma reunião em que foram apresentados os objetivos, a metodologia e os resultados esperados da experiência aqui relatada.

Seguiram-se, então, algumas reuniões de trabalho que contaram com a participação da coordenadora do CAPFC e das seis Agentes, com a finalidade de possibilitar a elaboração de um plano de ações de educação em saúde e a produção dos diversos recursos pedagógicos que passaram a ser utilizados nessas ações, a partir da adaptação de músicas, brinca-

deiras e jogos infantis, de domínio público e presentes na cultura popular brasileira.

Nessas ações de educação em saúde as Agentes passaram a adotar, como estratégias pedagógicas, atividades de sensibilização como histórias, músicas e brincadeiras (no caso das crianças), além de rodas de conversas, de acordo com os princípios da aprendizagem significativa e adotando metodologias problematizadoras de ensino-aprendizagem.

As atividades de sensibilização visavam favorecer a aproximação e entrosamento entre as crianças e as Agentes, além de ser um marco do início das atividades da equipe com a turma de alunos.

Nas músicas, estórias, brincadeiras e rodas de conversa eram abordados, a partir dos conhecimentos prévios das crianças e de forma que fossem significativos para elas, conteúdos como a ocorrência de casos de dengue nos diversos bairros, sintomas, tratamento e formas de prevenção, especialmente a eliminação dos criadouros de larvas do mosquito *Aedes aegypti*.

Ao final dessas atividades, caso as Agentes julgassem adequado e necessário, distribuía materiais impressos, como cartilhas e folhetos.

As ações nas escolas mantiveram-se até o final do ano letivo de 2015, tendo sido atendidos cerca de 8500 alunos, em praticamente todas as escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental I de Cubatão (1º ao 5º ano).

Durante todo esse período houve, pela Coordenadora do CAPFC, o acompanhamento das ações nas escolas e apoio pedagógico ao grupo de Agentes, na perspectiva de uma atuação tutorial. Esse acompanhamento e apoio pedagógico ocorreram de forma que o grupo desenvolvesse uma independência dessa tutoria, como pressupõe ao papel de um tutor²².

A partir de todo o trabalho de tutoria, e das observações valiosas feitas pelas agentes no cotidiano das ações nas escolas, foram realizadas avaliações contínuas das atividades desenvolvidas. Essas avaliações subsidiaram pequenos ajustes que se fizeram necessários para um adequado andamento do trabalho educativo, bem como o aprimoramento do mesmo ao longo da sua duração.

Um aspecto interessante é que, com o tempo, as próprias Agentes passaram a criar e propor novas atividades, como músicas e brincadeiras, assim como também passaram a abordar temas correlatos à problemática da dengue, como disposição inadequada de lixo e controle de roedores.

Resultados obtidos

A experiência aqui relatada apresentou inúmeros resultados positivos que puderam ser observados a partir da avaliação dos professores que participaram das ações educativas, bem como de depoimentos das Agentes ao longo de toda a duração das atividades.

Ao final de cada atividade realizada nas escolas era solicitado, à professora responsável pela turma de alunos, que escrevesse sua opinião sobre as atividades desenvolvidas.

A partir da análise desse material observou-se que houve grande aprovação, pelas professoras, das atividades realizadas, o que ficou demonstrado em falas como as transcritas abaixo:

“As crianças demonstraram bastante interesse, participando das atividades propostas, fazendo perguntas pertinentes. Foi possível perceber a preocupação delas com os problemas relacionados ao assunto.”

“Atividade que reforça o que vem sendo trabalhado em sala e faz com que a criança leve para casa o que foi conversado, tornando-se multiplicador”.

“Creio que as atividades desenvolvidas foram um estímulo importante (visual, auditivo, enfim, sensorial) para motivar a assimilação dos conteúdos”.

“A maneira lúdica como o assunto foi tratado faz com que as crianças assimilem os conteúdos a respeito do tema”.

“Os alunos interagiram e participaram em todas as atividades, a abordagem e as estratégias foram excelentes”.

“Os assuntos tratados são relacionados ao dia a dia dos alunos”.

“Os temas foram trabalhados de acordo com a faixa etária das crianças, de forma que elas pudessem entender e repassar as mensagens para os familiares”.

“A partir do tema abordado é possível dar sequência com abordagens em rodas de conversa e atividades que despertem ainda mais o interesse das crianças sobre como cuidar e orientar seus familiares, para que cuidem de seus lares e assim, evitem a proliferação de ratos e mosquitos”

Nas contínuas atividades de avaliação das ações desenvolvidas com as Agentes também ficou perceptível os aspectos positivos alcançados e que foi explicitado nos seus depoimentos, como os seguintes:

“Já tivemos casos de crianças com necessidades especiais que as professoras dizem que se recusam a participar de várias atividades na escola e participaram das nossas atividades”.

“Crianças que são caladas na sala de aula participam quando a gente faz as brincadeiras”.

“As crianças elogiam o nosso trabalho e perguntam quando vamos voltar. Somos bem recebidas pelas crianças”.

Outro aspecto importante é que as próprias Agentes, mesmo sem qualquer formação pedagógica anterior a essa experiência, foram capazes de refletir sobre questões relacionadas à aprendizagem das crianças, o que pode ser observado em depoimentos como:

“Agora consigo entender melhor porque as pessoas não aprendiam o que eu tentava ensinar. Eu não conseguia fazer as pessoas refletirem sobre a dengue”.

“É muito bonito perceber que sou capaz de fazer as crianças pensarem sobre o que estamos tentando ensinar”.

“Muitas crianças não participam porque não têm oportunidades para isso. Algumas professoras inibem a fala das crianças”.

“Agora eu me preocupo se o que eu vou ensinar é significativo para as pessoas. Antes eu nem pensava nisso. Ensinao o que eu achava que as pessoas tinham que aprender e pronto”.

Foram capazes ainda de perceber que a mera transmissão de informações também não contribui para a construção de conhecimentos pe-

los adultos, pois relataram que, após participarem do processo formativo e da atuação nas escolas, estavam mais atentas para falas e atitudes dos moradores, como as relatadas abaixo por elas:

“Uma vez eu fui visitar uma casa e disse para o morador que ele precisava colocar sal grosso no ralo e ele disse que tinha entendido. Em uma próxima visita fui olhar o ralo e estava com larvas do *Aedes*. Quando perguntei se ele estava colocando sal grosso no ralo como eu ensinei, ele me disse que estava colocando sal grosso **ao lado** do ralo; e não **dentro** do ralo, como eu tinha explicado. Quer dizer, na verdade, ele não aprendeu nada do que eu ensinei” (grifo dos autores).

“A gente agora percebe mesmo que só falar não adianta, porque um dia eu estava em uma campanha de vacinação contra raiva e uma senhora levou seu cachorro para vacinar e, depois que o cachorro foi vacinado, ela ainda perguntou: ‘Pra que mesmo que é essa vacina? Não vai matar o meu cachorro?’”

Outro resultado positivo foi observado também no trabalho cotidiano das visitas domiciliares. As Agentes afirmaram que, após participarem do processo formativo e da atuação nas escolas, sentiam-se realmente como educadoras e percebiam que passaram a ser reconhecidas pela população como tal, além de serem mais bem “recebidas” e valorizadas nas atividades de visitas domiciliares. Também ficou demonstrado, pelas falas abaixo, que houve um processo de fortalecimento da autoestima e de empoderamento desse grupo:

“Esse projeto possibilitou espaço para a participação e a criatividade das Agentes”.

“Antes quando eu ia em uma casa e explicava que precisava limpar a bandeja da geladeira, a moradora dizia que eu tinha que limpar e eu não sabia o que dizer. Agora, quando isso acontece, eu digo: você mora aqui e você é que pode manter a bandeja limpa com frequência. Posso te ensinar como faz, mas é você que tem que fazer isso. Quer aprender?” .

“Antes eu me sentia constrangida em entrar nas casas para orientar as pessoas. Hoje, sei que sou uma educadora, me

sinto mais segura, e também entendo melhor porque as pessoas têm dificuldades para aprender. Muitas vivem em uma condição muito desfavorável, de miséria mesmo, e estão acostumadas a receber tudo pronto, dos políticos. Não aprenderam a fazer. Como vão cuidar de suas casas? Não esperar que a gente cuide *pra* elas”.

“Depois que começamos a ir nas escolas, muitas crianças nos reconhecem nas ruas, cumprimentam, e facilitam a nossa entrada nas casas”.

“Outro dia eu estava em uma festa de família e comecei a conversar, com as mulheres, sobre assuntos como a importância da mulher na sociedade. Quando percebi, já estava fazendo uma roda de conversa no meu bairro!”

Apesar de todos esses resultados positivos, algumas dificuldades ainda foram sentidas pelas Agentes. Relataram que enfrentaram, em algumas escolas e com algumas professoras, certa resistência ao trabalho desenvolvido por elas.

“Algumas professoras ainda olham a gente de ‘cima embaixo’ e perguntam se somos professoras”.

“Em outras escolas as professoras não ficam sabendo que vamos na escola naquele dia e dão a entender que estamos atrapalhando Perguntam se vamos demorar”.

É importante esclarecer que uma das integrantes da equipe das AVAS era responsável por fazer contato com as escolas, antecipadamente, e agendar a visita dessa equipe na data e horários mais convenientes para a escola.

Essas falas demonstram que ainda há também um caminho importante a ser percorrido no sentido de aprimorar e estreitar o diálogo e as parcerias institucionais, para que haja maior integração das ações dos diversos atores sociais na área de educação em saúde.

Relataram ainda um fato interessante: ao realizarem ações de educação em saúde em escolas e em outros espaços e julgarem que não seria necessária ou adequada a distribuição de folhetos e/ou cartilhas, muitas pessoas, inclusive professoras, perguntaram: “Vocês não têm uns folheti-

nhos para entregar? Ao ouvirem a resposta negativa das Agentes, diziam: “Estão faltando recursos, mesmo... antigamente tinham tantos folhetos...”

Comentários como esses demonstram que estratégias pedagógicas baseadas na simples transmissão de informações ainda são valorizadas, até mesmo por profissionais da educação.

Vale salientar que os autores deste material não partilham da opinião de que estratégias pedagógicas consideradas como tradicionais sejam completamente abolidas das práticas educacionais, mas sim, que sejam adotadas quando consideradas adequadas e pertinentes; e sempre inseridas em um contexto pedagógico que priorize a construção do conhecimento e a leitura crítica e reflexiva da realidade dos educandos.

Considerações finais

Os significativos resultados obtidos demonstraram que a abordagem metodológica pedagógica adotada mostrou-se adequada, pois contribuiu decisivamente, para a instrumentalização, valorização e empoderamento das profissionais de saúde envolvidas que, ao se reconhecerem e atuarem, efetivamente, educadoras em saúde, obtiveram um aprimoramento considerável das ações educativas realizadas, bem como maior inserção nas comunidades locais.

Esses resultados indicam também que é urgente e fundamental repensar e avaliar a aplicabilidade e eficácia de práticas educativas centradas na simples transmissão de informações tanto na formação de profissionais de saúde como também nas ações de educação em saúde realizadas nos mais diversos espaços. Romper com o paradigma da educação tradicional faz-se necessário e urgente, na busca de abordagens pedagógicas que visem à construção e apropriação de conhecimentos que contribuam para a adoção de atitudes e hábitos mais saudáveis, tanto individuais como coletivos.

Também é fundamental reiterar a necessidade de que os conteúdos trabalhados nas ações de educação em saúde sejam abordados de forma significativa para o público envolvido, bem como que as abordagens pedagógicas adotadas sejam coerentes com a formação de indivíduos críti-

cos, reflexivos, participativos e que visem o seu empoderamento, como pressupõe a educação em saúde.

A importância do fortalecimento de parcerias institucionais e de um planejamento integrado das ações de educação em saúde é outro ponto importante a ser considerado para que as iniciativas dos diversos agentes sociais, que atuam nas áreas de educação e saúde, sejam potencializadas e possam alcançar resultados mais satisfatórios na direção de comunidades mais saudáveis.

Agradecimentos

Às Agentes de Vigilância Ambiental à Saúde, que formaram o grupo que atuou diretamente nas escolas e que foram capazes de grande dedicação e compromisso para com a educação em saúde, tendo sido determinantes para os resultados positivos obtidos: Daniele Bezerra de Souza, Eleni Cipriano da Silva, Elenita Silva Almeida Cardoso, Ester Anita Miceño e Marliene de Souza Silva.

À Maria Adelaide R.M. Gonzalez (*in memoriam*), médica veterinária, chefe do Departamento de Vigilância Ambiental à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão, que desde o começo acreditou nesse trabalho e não mediu esforços e recursos para que alcançasse êxito.

Referências

1. Silveira JLGC, Santa Helena ET, Finco M, Scneider ACTC. PET-Saúde: FURB e SEMUS e a relevância da educação tutorial nos cenários de prática de Blumenau. In: Andrade MRS, Silva CRLD, Silva A, Finco M, organizadores. Formação em saúde: experiências e pesquisa nos cenários de prática, orientação e pedagógica. Blumenau: Edifurb; 2011. p.11-20.
2. Fiocruz. Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2014.
3. Cardoso D, Sebold R, Rausch RB. Saúde e educação: delimitando conceitos. In: Andrade MRS, Silva CRLD, Silva A, Finco M, organizadores.

- Formação em saúde: experiências e pesquisa nos cenários de prática, orientação e pedagógica. Blumenau: Edifurb; 2011. p.87-100.
4. Cyrilo EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(3):780-788.
 5. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev. PEC*. 2002; 2(1):37-42.
 6. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O Mundo da Saúde*. 2007; 31(3): 320-8.
 7. Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O Mundo da Saúde*. 2000; 24:39-44.
 8. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, de Sundsvall e de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
 9. SEADE Fundação Sistema Estadual de Dados [on-line]. [acesso em 07 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil>.
 10. Ferreira CC, Passerani M. Cubatão a Rainha das Serras. São Paulo: Noovha America, 2005.
 11. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
 12. Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35(2):115-21.
 13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
 14. Valla VV. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
 15. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia – Elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):501-09.

16. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucite; 2001. P.101-14.
17. Mello AL. Metodologia participativa e biomonitoramento: promoção da saúde no Distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá / SP [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
18. Mohr A, Schall VT. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. Cad. Saúde Públ. 1992; 8(2): 199-203.
19. Carvalho AMP, Gil-Pérez D. Formação de professores de Ciências: tendências e inovações. São Paulo: Cortez; 2011.
20. Tones BK. Socialization, health career and the health education of schoolchild. In: J Inst Health Educ. 1979; 17(1):23-8.
21. Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. Longitudinal study of dental health behaviors and others caries predictors in early childhood. Community Dent Oral Epidemiol. 1988; 16(6):356-59.
22. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet – Saúde [on-line]. [acesso em 20 janeiro 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.htm

A judicialização da saúde na perspectiva dos atores das áreas jurídica e da saúde: uma pesquisa exploratória utilizando o grupo focal

Sarah Quintão^I

Marcela Furtado Calixto^{II}

Wagner Aristides Machado da Silva Pereira^{III}

Weslley Carlos Ribeiro^{IV}

Tania Margarete Mezzomo Keinert^V

1. Introdução

A discussão acerca da judicialização da saúde compreende questões complexas, que transcendem o aspecto da utilização da via judicial na concretização do direito social à saúde. Esse fenômeno político-social e de natureza interdisciplinar ocorre muito antes da sua chegada aos tribunais, já que seu percurso envolve vários atores.

Diante dessa situação, é importante que haja um diálogo entre os setores jurídico e sanitário, uma vez que o assunto é interdisciplinar e sua compreensão é de interesse coletivo. Desse modo, essa pesquisa foi

I Sarah Quintão (sarah.quintao@email.com) é mestranda em Gestão Pública e Sociedade pela UNIFAL/MG, bacharela Interdisciplinar em Ciência e Economia pela UNIFAL/MG e bacharela em Direito pela FACECA

II Marcela Furtado Calixto (marcelafc@hotmail.com) é mestranda em Gestão Pública e Sociedade, pela UNIFAL/MG, especialista em Direito Civil e Processual Civil, Direito Empresarial e Direito Tributário e é bacharela em Direito.

III Wagner Aristide Machado da Silva Pereira (wagner.aristides.machado@gmail.com) é especialista em Direito e Juiz de Direito da Vara de Fazendas Públicas, em Varginha/MG.

IV Weslley Carlos Ribeiro (weslley.ribeiro@gmail.com) é Doutor em Direito (PUC-Minas), professor adjunto da UNIFAL/MG, coordenador do Programa de Pós-graduação em Gestão Pública e Sociedade da UNIFAL/MG

V Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br) é Doutora em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP) com Pós-Doutorado em Gestão da Qualidade de Vida na University of Texas (UT-Austin/EUA). Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde (IS).

desenvolvida com o objetivo de apreender, conforme a perspectiva dos atores, da área jurídica e da saúde, a visão que estes profissionais têm sobre a judicialização da saúde. Os objetivos específicos foram examinar o fenômeno da judicialização da saúde por meio da interação grupal e investigar as diferentes percepções sobre a judicialização da saúde. Com isso, colocou-se a seguinte questão: qual a perspectiva dos atores da área jurídica e da saúde sobre a judicialização da saúde?

Esse trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa participativa, tipo exploratória, com abordagem qualitativa e aplicação do método de grupo focal, uma vez que ele é propício para a coleta de informações através de interação em grupo, por meio de um debate aberto e acessível em torno de um tema que se pretende estudar. Para tanto, buscou-se ouvir os problemas e as soluções apontados e discutidos pelos próprios atores da saúde e do direito (que trabalham diretamente com a judicialização da saúde). Saber o que esses profissionais têm a dizer abre espaço para a investigação científica sobre a perspectiva de cada um e pode gerar informações importantes, advindas do ponto de vista prático, para nortear estudos acadêmicos sobre o tema.

2. A judicialização da saúde

A saúde é um direito constitucionalmente garantido. Porém, no debate entre o que é programático e o que é norma de eficácia plena, há de se considerar, preliminarmente, o que alerta o ministro do STF, Celso de Mello¹, quando afirma que o direito insculpido no art. 196^(VI) da nossa Constituição Federal de 1988 – CF/88 “(...) não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente (...)”^{VII}.

Como indica Dallari, não só a nossa CF/88, mas também a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1789), preveem a saúde como um direito fundamental e, também, como condição necessária para uma vida digna. Todavia, a autora não deixa de alertar, desde os anos do nascedou-

VI O art. 196 da CRFB/88 diz, *ipsis litteris* “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (38)

VII Conforme o Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286-8, Rio Grande do Sul.

ro da CF/88, que, mais que uma prescrição, há de se ter mecanismos palpáveis, para que os direitos ali elencados não sejam negados na prática². A concretização desses direitos esbarra na condição material, capacidade financeira do ente público, na reserva do possível e no mínimo existencial. Nesse desvencilhar se encaixa, notadamente, o direito à saúde³.

O controle judicial do direito e do acesso aos serviços de saúde pode ser um demonstrativo de que a concretização da política pública de saúde, por detrás da sua própria constitucionalização e da sua existência formal (por meio das diversas normas e regulamentos), muitas vezes está sendo feita por meio da atuação jurisdicional⁴.

Tate e Vallinder, tratam, já em 1995, sobre a expansão do poder judicial, inclusive antevendo o ativismo judicial das cortes, principalmente nas novas democracias da África e América Latina, vislumbrando, no judiciário, uma instituição forte e em ascensão⁵.

No contexto nacional, marcado por desigualdades sociais, os dispositivos constitucionais integram uma indicação de que o acesso ao direito à saúde deve ser pautado pelos princípios da universalidade e da igualdade. Partindo dessa premissa, Sarlet e Figueiredo estabelecem que, sendo o direito à saúde um direito social e sendo um de seus objetivos o de reduzir as desigualdades, que não são poucas em nosso País³.

Sobre as críticas que podem ser levantadas, em relação à judicialização da saúde, ademais da questão financeira, que trata sobre a alocação de recursos públicos, dentre outras, segundo Barroso, ainda há outras três insurgências que podem ser citadas. Há quem alegue que o conteúdo do art. 196 da nossa CF/88 é uma norma programática e que a sua efetivação não deve se dar por meio de decisões judiciais, mas sim através de políticas sociais e econômicas. Uma segunda vertente diz que se trata de um “problema de desenho institucional”, já que essa providência deveria advir do poder executivo, mas, não sendo por ele prestado, o cidadão busca a tutela jurisdicional. A terceira contestação trata da problemática como sendo de “legitimidade democrática”, haja vista que as decisões sobre esses gastos públicos não são provenientes de representantes eleitos pelo povo⁶.

O tema ainda pode ser abordado por meio do princípio da proibição ao retrocesso (daquilo que protege os direitos fundamentais em face

do poder público, do que busque suprimi-los ou restringi-los). Ou seja, é uma vedação constitucional a qualquer ação que ofusque um direito já materializado, princípio este, inclusive, já incorporado à gramática jurídico constitucional^{VIII} da América Latina⁷.

As discussões sobre direito à saúde também são realizadas da perspectiva da Saúde Suplementar (os assim denominados planos de saúde). Silva et al^B (2013) ao analisarem os programas de atenção domiciliar na saúde suplementar, pontuam que, os serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, do ponto de vista da economia, tratam-se, notoriamente, de um mercado imperfeito, ou seja, a regulação é necessária. Todavia, a regulamentação, a legislação acerca da saúde suplementar, ainda é insuficiente. Além do mais, há uma assimetria de informação na contratação desses serviços, pois seus beneficiários não recebem orientação satisfatória sobre o tema e as condições contratadas não são colocadas de forma clara e acessível⁸.

Scheffer⁹ analisou 782 ações movidas em face de planos de saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo – TJSP e concluiu que 88,24% eram favoráveis à cobertura dos usuários. Entre as doenças, para as quais os tratamentos específicos eram clamados pelos beneficiários em desfavor das operadoras de saúde suplementar, foram elencados diversos tipos de câncer, doenças do aparelho circulatório e do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo⁹.

Oliveira et al¹⁰, ao pesquisarem a produção científica sobre judicialização à saúde, no recorte temporal de 2009 a 2013, concluem que 60% (sessenta por cento) dos artigos analisados tratavam, como temática principal, do acesso a medicamentos. Sobre isso, a judicialização por pedido de medicamento, em sua maior parte, pode se dar: em função de alguma falha no Sistema Único de Saúde – SUS, pois, mesmo que o medicamento esteja previsto na lista para fornecimento, eventualmente, ele não é disponibilizado efetivamente; ou por se tratar de medicamentos ainda não incorporados nessa lista, seja pelo seu alto custo, seja porque ainda estão em fase de testes¹⁰.

VIII Vide Sarlet (2009, p. 147).

Delduque et al, ao estudarem a judicialização da saúde, já se colocam em posição de mapear e antever conflitos através de mediações sanitárias. Essa seria, na perspectiva dos autores, uma nova prática a ser executada e uma nova cultura a ser implementada no âmbito do SUS, por ser um meio célere, de baixo custo e compatível com os princípios e garantias de acesso à justiça¹¹.

Na perspectiva de Santos os mecanismos de resolução de conflitos são uma contribuição da Sociologia para a administração da justiça, apesar de terem sido, primeiramente, tratados pela Antropologia ou Etnologia Social. Nesse introito, o autor ainda levanta propostas, de linhas de investigação sociológica da administração da justiça, no seu impacto para a criação de uma nova política judiciária. Uma delas, especialmente importante e relevante para este trabalho, é a democratização da administração da justiça. Outra, é a diminuição do contencioso civil como disfuncional à democracia, como resultado da não utilização da justiça por classes carentes de recursos¹².

A judicialização da saúde perpassa, também, pelo tema de acesso à justiça, o qual, conforme Cappelletti e Garth (2015), constitui-se ele próprio um direito social. Os referidos autores propõem a existência de três ondas de acesso à justiça. A primeira visa possibilitar a assistência judiciária e representação legal aos pobres, a segunda caracteriza-se pela tutela dos interesses difusos e coletivos e, por fim, na terceira busca-se a aplicação de técnicas processuais adequadas e procedimentos mais simples¹³.

Porém algumas questões ainda devem ser observadas, uma vez que, se Cappelletti e Garth¹³ afirmam que a primeira onda de acesso à justiça é possibilitar a assistência judiciária aos pobres, há outros autores que pontuam certas deficiências nesse aspecto, demonstrando que esse processo, no Brasil, ainda não está inteiramente consolidado.

Conforme Gouvêa, o patrimonialismo (confusão entre o público e o privado), ainda persiste, materializado na concentração do poder político e econômico, que estende suas raízes culturais pelas instituições. Não obstante, as transformações sociais andam sendo concretizada pela via judicial. Como efeito desses dois cenários (além dos demais reflexos, tratando daqueles que são pertinentes a esse trabalho), o autor afirma que a judicialização da saúde favorece as classes médias e mais abastadas, pois,

os carentes e mais pobres, não conseguem seus diagnósticos de maneira apropriada e, se o tivessem, estariam alheios à assessoria jurídica necessária para buscar uma concretização de direitos pela via judicial¹⁴.

A judicialização da saúde, enquanto um fenômeno jurídico, político, sanitário e social, demanda uma perspectiva analítica de diversas ciências, cada uma trazendo, em seu arcabouço teórico suas particularidades e divergências entre seus intelectuais. Esses debates e acepções devem ser levados em consideração, dada a multidisciplinariedade do tema¹⁵ tendo em vista que a judicialização da saúde não é um fenômeno afeto, meramente, ao poder judiciário^{IX}.

3. Direito e Saúde em um diálogo interdisciplinar

Como se pode compreender pela obra de Santos, a Ciência Jurídica, no decorrer dos anos, despertou o interesse de profissionais de diferentes áreas. A Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, entre outras, passaram a analisar o fenômeno jurídico, compondo uma gama de contribuições e novos olhares sobre a Ciência Jurídica, buscando ampliar a sua dimensão técnica, social e política. Estas contribuições partiram de diferentes campos do conhecimento interessados nas contribuições e modificações sociais produzidas pelo Direito¹⁶. Esse interesse de outros ramos científicos influenciou a Ciência Jurídica, retirando-a do âmbito restrito do *deve-ser* para situá-la como elemento influenciador político, social e econômico.

No caso da relação entre Direito e Saúde, a orientação no Brasil, parece se dar de forma diversa. Desde os primeiros pedidos de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids na década de 90¹⁷, foi imposta ao Judiciário a necessidade de decidir questões de caráter complexo relacionadas a uma área, até então, quase que totalmente sem relação com a Ciência Jurídica. A relação, neste caso, parece ter nascido de uma necessidade de decidir sobre determinadas situações sociais envolvendo, à época, o recente direito à saúde incorporado pelo art. 196 ao texto cons-

IX Antes de chegar na petição de uma tutela jurisdicional, há o papel de médicos, advogados e indústria farmacêutica e seus respectivos interesses (39)

titucional de 1988¹⁸, A Ciência Jurídica, até então estudada por diferentes Ciências Sociais, passa a ter que se debruçar sobre os conceitos e a complexidade das Ciências da Saúde.

Esta nova relação entre o Direito e a Saúde ainda tem que levar em conta a multiplicidade de atores envolvidos no processo que inclui, entre outros, os interesses das empresas de medicamentos¹⁹, os reflexos das decisões nos orçamentos público e privado^{20,21,22}, as dificuldades dos subsistemas de saúde²³, e a influência negativa das decisões sobre o planejamento em saúde²¹.

De fato, quando se fala de direito à saúde, transparece a interface que existe entre os campos jurídico e sanitário. Há quem diga que essa relação entre Direito e Saúde é “ [...] um dos principais desafios do mundo contemporâneo”²⁴. Exigindo, cada vez mais, a necessidade recíproca de se estabelecer um diálogo, de maneira interdisciplinar, plural^{24,25,26}.

Esse reconhecimento pode ser observado, na prática, na Convocação nº 01/2012 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ²⁷, que, entre outros trabalhos, gerou uma pesquisa com dados e experiências sobre judicialização da saúde no Brasil; nos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário – NAT-JUS, que auxiliam os magistrados com conhecimentos técnicos e pareceres sobre saúde; ou, até mesmo, em ações institucionais, como é o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde – CAO – Saúde, que realiza, no âmbito do Ministério Público, desde emissão de notas técnicas, até mediações sanitárias. Ou, ainda, em outras iniciativas como a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS e o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde – CIRADS²⁸.

Conforme o exposto, fica claro que a temática do direito à saúde perpassa diferentes ramos do conhecimento e, por isso, precisa de diferentes abordagens. O assunto transpassa cada um dos poderes estatais e permeia as políticas públicas. Porém, nenhuma dessas discussões se faz sem as contribuições características e subsídios técnicos das Ciências da Saúde. Ou seja, enquanto um direito, “[...] a saúde se apresenta de forma multifacetada, na medida em que passa a comportar critérios sociais, políticos, jurídicos e, até mesmo, psicológicos”²⁵.

Todavia, esta relação entre estas diferentes áreas não é simples, dado que as diversas categorias profissionais parecem não concordar com as diferentes formas de abordar a questão da judicialização da saúde. Assim, os profissionais de saúde têm uma discordância técnica “com as decisões judiciais” e têm “dificuldade de estabelecimento de um diálogo com o Judiciário para eventual argumentação”²¹. Ademais, “os princípios, competências e responsabilidades não têm sido considerados em determinadas decisões judiciais e podem desestruturar o SUS”²¹. Essa discordância também é sentida pelo atores do Direito, uma vez que, para Alcântara “alguns ordenadores do direito enxergam limitação na capacidade de gestão do Sistema por parte dos responsáveis”²⁹.

Esta relação multifacetada caracteriza a premente necessidade de diálogo e da confluência de esforços, de saberes, para que áreas que caminhavam até então sozinhas possam, cada qual, contribuir com suas técnicas e especialidades para criar algo inovador, como o Direito Sanitário. Isso nos leva à premência de reconhecer este novo panorama no Brasil, pois “de um lado, assistimos à consolidação de um campo do conhecimento dentro da ciência jurídica e, de outro percebemos a necessidade de incorporar a este saber jurídico questões interdisciplinares, para além da mera leitura do arcabouço normativo”⁴.

As experiências brasileiras que encontram resultados mais satisfatórios na implementação desse direito são as que abriram as portas para diálogo o entre os atores^{24,25,26}. Afinal, é por meio do diálogo que se busca solucionar eventuais deficiências na concretização do direito à saúde “por intermédio de meios não formais e que, por vezes, se apresentam como o caminho mais adequado, de modo a estabelecer mecanismos de responsabilização dos membros da gestão e de incorporação de conteúdos participativo-societários nos consensos estabelecidos”²⁵.

4. Metodologia

Essa pesquisa, que foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pode ser caracterizada como participativa, de abordagem qualitativa e de tipo exploratória. Ela busca saber qual perspectiva os ato-

res da judicialização da saúde têm relação a este fenômeno e, para isso, utilizou-se o método de grupo focal.

O grupo focal é um método de pesquisa que pode gerar informações relevantes para uma pesquisa proposta, por meio de uma interação entre os participantes que debatem entre si sobre um mesmo tema. Ou seja, dados importantes e passíveis de análise são levantados, à medida que cada convidado apresenta sua própria experiência, perspectiva ou divergência de opinião em relação a outro convidado³⁰.

O método de grupo focal mostrou-se adequado para a realização desta pesquisa, uma vez que buscou-se mapear a perspectiva (pessoal) dos atores da judicialização da saúde. Quer dizer, o debate aberto e acessível, por meio da interação grupal em torno do tema-problema, é eficaz para compreensão da realidade, bem como da percepção desses sujeitos que atuam no itinerário da judicialização da saúde.

A metodologia do grupo focal é altamente recomendável em estudos de abordagem qualitativa no âmbito das Ciências Sociais e da Saúde“ [...] para descobrir porque as pessoas pensam como pensam, e é certamente possível destrinchar o processo de formação de percepções durante as interações do grupo”^{x,30}.

4.1 Grupo focal

Para a realizar a pesquisa e arquitetar e organizar o grupo focal, os trabalhos foram orientados, em boa parte, pela obra e delineamentos de Rosaline Barbour³⁰. Conforme indica a autora, há uma confusão na definição do que é grupo focal, o qual, muitas vezes, é referenciado por “entrevista” ou “discussão” de grupo focal. Para ela, a definição genérica pode ter caráter mais consensual, ou seja, “Qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajado às intenções do grupo”^{xI,30}. É importante garantir que a interação ocorra entre o grupo, de modo que a relação não se estabeleça somente entre moderador e sujeito.

X Vide MORGAN (1988 apud BARBOUR, 2008, p. 136).

XI Vide KITZINGER e BARBOUR (1999, p. 20 apud BARBOUR, 2008, p. 21)

Este método é dialógico, participativo e tem encontrado uma boa recepção em pesquisa sociais e na área da saúde. Ele tem sido usado de diferentes formas, conforme as disciplinas acadêmicas e as preocupações científicas específicas³⁰.

Na realização dessa pesquisa, foram feitas duas sessões de grupo focal. Na primeira, foi estabelecido um diálogo em torno de “problemas e soluções à judicialização”, com vistas a conhecer os principais dilemas enfrentados pelos participantes e o que cada um pode propor, do seu ponto de vista, como solução. Na segunda sessão, foi feita uma discussão participativa dos resultados com os sujeitos da pesquisa, como uma forma de devolutiva do trabalho desenvolvido, bem como para oportunizar complementações das ideias e das informações, em relação ao que havia sido levantado no primeiro encontro.

O planejamento de uma pesquisa que se proponha a utilizar o método de grupo focal é imprescindível. Alguns critérios têm de ser observados, para que o método seja realizado de forma adequada e os dados sejam levantados de forma propícia e satisfatória. Vejamos.

4.1.1 Ambiente de pesquisa

É importante ter em mente que não há ambiente neutro para a realização do grupo focal. O ambiente em que ele é realizado pode gerar impactos na pesquisa. Assim, é importante ter um bom planejamento e criar um espaço que seja propício para a interação do grupo e que seja confortável aos participantes³⁰.

O ambiente de pesquisa foi organizado de forma a conferir autonomia e liberdade para a interação entre os participantes sobre a problemática da judicialização da saúde. Assim, o planejamento e operacionalização da pesquisa foram desenvolvidos de modo a estabelecer um cenário propício para a interação do grupo.

Nessa pesquisa, tanto a primeira quanto a segunda sessão de grupo focal ocorreram em sala cedida pela UNIFAL – Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha/MG. Para a organização do ambiente, foi feito um círculo com as mesas e cadeiras, de modo a facilitar a intera-

ção do grupo, e foi disponibilizado alguns comestíveis, para possibilitar o conforto dos participantes.

4.1.2 Composição do grupo

Os sujeitos da pesquisa, convidados para debater a questão da judicialização da saúde, foram profissionais das áreas jurídica e saúde, selecionados e convidados conforme os seguintes critérios, sendo pessoas que: a) trabalhem com a judicialização da saúde; b) atuem preferencialmente na mesorregião do sul de Minas Gerais; c) tenham formação acadêmica (graduação ou pós-graduação) na área jurídica e/ou na área de saúde (considerada a grande área – 4.00.00.00-1 Ciências da Saúde – de acordo com a tabela de conhecimento do CNPq).

Segundo Barbour³⁰, algumas pesquisas mais antigas, principalmente as da área de *marketing*, costumam postular um número ou parâmetro ideal de sujeitos para compor um grupo focal. Porém, não há uma quantidade exata de participantes recrutados, porque isso depende da habilidade do moderador, da complexidade da discussão desejada e da análise que se pretende promover. Nesse sentido, no tocante ao estabelecimento de um número mínimo “é perfeitamente possível fazer um grupo focal com três ou quatro participantes”³⁰.

4.1.3 Recrutamento

O recrutamento para a formação de um grupo focal pode ser bastante árduo. A exemplo disso temos a “[...] experiência de Lagerlund e colaboradores em explorar as lógicas das mulheres suecas para comparecer ou não a um exame de mamografia. Eles relataram que enviaram 321 cartas para conseguir recrutar um total de 31 mulheres para três grupos focais”³⁰.

Como forma de seleção de amostra, para evitar qualquer arbitrariedade em controlar a formação do grupo, foi utilizada a seleção de amostra não probabilística, por meio da técnica conhecida como *snowball sampling* (bola de neve). Foram selecionados, livremente, pelos pesquisadores, dois profissionais, um da área da saúde e outro da área jurídica. Essas pessoas foram convidadas por meio de mensagem eletrônica. No corpo

da comunicação, foram detalhadas as condições da realização da pesquisa, da gravação, do anonimato, sobre os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (que foi anexado à mensagem) e, por fim, havia uma solicitação de que fossem indicadas duas ou mais pessoas para serem convidadas a compor o grupo focal.

Conforme já versado, é laborioso o caminho de formação do grupo focal. Os primeiros convidados não encaminharam resposta, razão pela qual foi feito contato telefônico. Assim, eles informaram que não haviam respondido por falta de possibilidades de agendar a participação devido a compromissos anteriormente assumidos, mas, em solidariedade à pesquisa, acabaram indicando outras pessoas e fornecendo seus e-mails e números de telefone. Dessa forma, foram feitas várias rodadas de convites, pois mesmo que muitos dos convidados manifestassem a impossibilidade de participar, acabavam indicando outras pessoas. Em contraponto, também houve comunicações sem resposta. Após estes procedimentos obtiveram-se 4 (quatro) confirmações.

4.1.4 Primeira Sessão

A primeira sessão de grupo focal foi realizada em dezembro de 2017. O grupo foi composto pelos quatro convidados, a moderadora da sessão, dois observadores e o coordenador da pesquisa, que também atuou como moderador assistente^{XII}.

Iniciados os trabalhos, foi explicado aos convidados, novamente, do que se tratava a pesquisa, quais eram os seus objetivos e em que consiste o método de grupo focal e como ele funciona. Após todos os esclarecimentos, realizou-se a leitura, em conjunto, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, em seguida, os debates foram iniciados.

A mediadora colocou a seguinte pergunta: “na condição particular de cada um, como profissionais da área jurídica e da saúde, qual a sua perspectiva (pessoal) sobre a judicialização da saúde?” e indicou que de-

XII Conforme Barbour (2008), a figura do moderador assistente é uma boa prática em grupo focal, cuja ajuda pode ser útil “[...] para garantir que as transições ocorrerão tranquilamente e que há ajuda disponível caso os participantes precisem de alguma clarificação sobre as tarefas” (p. 85) (30)

veria, em torno desta temática, haver tanto uma problematização quanto propostas e soluções.

4.1.5 Segunda sessão

A segunda sessão ocorreu com o intuito de dar uma devolutiva aos convidados sobre os traçados da pesquisa e, também, como um meio de fazer uma (re)discussão participativa dos dados coletados. Esse novo encontro ocorreu em janeiro de 2018. Estavam presentes a mediadora, um observador, o coordenador da pesquisa e três convidados (tendo o quarto justificado a sua ausência por razões de saúde).

Os trabalhos foram iniciados recapitulando os principais problemas e soluções que haviam sido levantados na primeira sessão. Nesse debate, houve uma participação mais ativa dos pesquisadores, inclusive, questionando o que os convidados quiseram dizer em momentos específicos da sessão anterior ou pedir para que eles abordassem melhor alguma temática específica.

4.2 Análise dos dados

Após a realização das sessões, que foram gravadas, os áudios foram transcritos integralmente, com a finalidade de se facilitar a análise e interpretação dos dados levantados. Com o intuito de resguardar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de pedras preciosas existentes em Minas Gerais: esmeralda, berilo, turmalina e topázio.

Para a análise das transcrições, foi realizado um agrupamento, por similaridade, das falas apresentadas pelos convidados. Elas foram organizadas em temas iniciais, que posteriormente foram ordenadas em temas intermediários e, então, em temas finais.

Como critério definidor para criação desses temas, observou-se o preceito da validade. Ou seja, no caso, como os temas decorreram do agrupamento dos dados, conforme o seu conteúdo, que foram advindos das falas dos convidados, buscou-se, paulatinamente, a validação dos resultados no decorrer da análise.

Também aplicou-se o critério da exaustividade, a fim de apurar e analisar todas as informações constatadas, primando pela inclusão dos dados que apresentavam significação para os fins dos objetivos desta pesquisa.

Outro critério utilizado foi o da homogeneidade da análise, com vistas a evidenciar a manutenção de um mesmo conceito de análise para todo o processo. Por fim, também orientou-se pelo critério da exclusão, com o objetivo de que todos os dados significativos obtidos na pesquisa, fossem incluídos em apenas um eixo temático de análise.

5. Análise e Discussão dos Resultados

Esse estudo utilizou o método do grupo focal com a finalidade de verificar a percepção de profissionais das áreas jurídica e da área de saúde sobre o tema da judicialização da saúde, com o objetivo de encontrar soluções alternativas. Os participantes atuaram de forma ativa, apresentando as principais questões e demandas relacionadas à judicialização da saúde, tanto no setor público quanto no privado.

A partir das transcrições, utilizadas para análise dos dados, realizou-se um agrupamento de temas, cada um devidamente definido por meio de um conceito norteador. Dessa maneira, obtiveram-se 23 temas iniciais. Em seguida, esses temas foram agrupados em temas intermediários, em um montante de 5. Finalmente, a partir dos temas intermediários, foi possível agrupá-los, em 2 temas finais, que são os grandes achados dessa pesquisa.

Os temas encontrados são: “os limites da judicialização e soluções alternativas” e “diálogo interinstitucional e participação social”, conforme se pôde verificar no quadro 1 e 2 a seguir.

Quadro 1 – Tema final: Os limites da judicialização e soluções alternativas

Temas iniciais	Conceito norteador	Temas intermediários	Conceito norteador	Tema final	Conceito norteador
Prova pericial	Importância da prova pericial médica nas decisões judiciais para concessão de medicamentos e/ou tratamentos	Competência Técnica	Necessidade de conhecimento técnico interdisciplinar envolvendo saúde e direito.	Os limites da judicialização e soluções alternativas	A necessidade não só de prever o Direito à Saúde, mas de criar mecanismos que possibilitem a sua concretização.
Qualidade da prova pericial	A qualidade do laudo da prova pericial nem sempre é boa, tanto do perito judicial quanto dos assistentes das partes (Inclusive do Estado)				
Suporte técnico na área de saúde para orientar o judiciário.	Incorporação de ferramentas técnicas voltadas para a área de saúde para subsidiar as decisões judiciais.				
Falta de conhecimento técnico do Judiciário	Entendimento de que o judiciário, por não ser da área de saúde, não detém conhecimento técnico para decidir tais questões.				
Ações judiciais para fornecimento de medicamento	Ações pedindo medicamentos de alto custo e tratamento domiciliares com maior incremento de gasto.	Relação entre o alto custo das demandas e as limitações orçamentárias	O atendimento à saúde é altamente oneroso, ao passo que o orçamento para arcar com esses gastos é limitado nos lindes atuariais.		
Impacto no orçamento	As decisões judiciais determinando o fornecimento de um determinado fármaco ou tratamento médico repercutem no orçamento das instituições públicas e privadas				
Competência constitucional dos entes federados para cuidar da saúde	O município tem arcado com a maioria das demandas judiciais envolvendo o acesso à saúde, causando um desequilíbrio entre os entes federados.				
Ressarcimento ao SUS	A questão do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de plano de saúde, quando seus clientes são atendidos pelos SUS. (Menção: STF decidiu recentemente sobre a legalidade do ressarcimento.)				
Regulação do mercado pelas Agências (ANS)	Como a regulação do mercado pelo Estado pode gerar conflitos ou resolvê-los.	Solução extrajudicial	A atuação extrajudicial dos atores e órgãos podem solucionar os conflitos em tempo mais satisfatório e prevenir a judicialização		
Atuação dos conselhos de classe	A atuação dos conselhos de classe pode auxiliar na questão da judicialização.				
Método alternativos de solução de conflitos	Utilizar os métodos alternativos de solução de conflitos como forma de evitar a judicialização.				
Aspectos culturais de valorização da cura da doença e não da prevenção	A utilização mais adequada da saúde primária pode auxiliar na redução dos problemas de saúde e consequentemente da judicialização.				

A judicialização tem suas limitações e, por isso, é necessário buscar novas soluções. Sobre esse eixo temático, “os limites da judicialização e soluções alternativas”, um dos entraves que se coloca nesse ponto, em relação à atuação do Judiciário, é a necessidade de conhecimento técnico interdisciplinar, envolvendo Saúde e Direito (competência técnica).

Em alguns pontos, essa questão leva o Judiciário a ficar adstrito à necessidade da prova técnica pericial, justamente porque, muitas vezes, se trata de “Causas complexas e que envolvem conhecimento técnico de outras disciplinas...”³¹.

Ou, como foi colocado pelo grupo focal:

Esmeralda: É a prova técnica pericial que é essencial para resolver a questão.

Berilo: Ele é tão limitado, porque a gente pode trazer como questão, vem uma perícia, está bom, o juiz pode contrariar o teor da perícia é...(...) Na prática gente, isso é quase que, isso é acadêmico, né. Não estou dizendo que isso não acontece nunca... Doze anos, nunca vi. Nunca, vi. Doze anos. (...) Nunca vi e nunca ouvi falar, em todos os fóruns de discussão. Pode ocorrer? Pode, mas é algo que é complexo. Mas porque que é complexo? Exatamente porque às vezes o perito está falando de algo. Às vezes não, quase sempre... Que o juiz não domina, sobre a técnica.

Essa dependência da prova técnica também deve levar em consideração a qualidade da prova que é produzida, uma vez que:

Esmeralda: Isso eu acho que é... traz... né, para dentro do processo judicial, laudos judiciais, muitas vezes, não muito bem elaborados, não elaborados com muito tempo.

Além disso, as iniciativas, como a criação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-JUS) e a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS –, demonstram, por si só, uma preocupação que o poder público tem com essas questões. Em que pese a existência dessas iniciativas, alguns dilemas ainda persistem.

Nesse aspecto, sobre esse apoio técnico de que o Judiciário precisa, uma das propostas levantadas, quando se refere a estratégias para

lidar com o fenômeno da judicialização é, justamente, “Incentivar os tribunais a promover convênios com instituições médicas e científicas que disponibilizem apoio técnico para auxiliar na apreciação de questões clínicas”³².

Sobre a relação entre o alto custo das demandas e as limitações orçamentárias, o Judiciário deve agir com proporcionalidade. Porque, se de um lado essa judicialização se vê inevitável, por outro o ente federativo está comprometido com o seu respectivo planejamento financeiro e, ao mesmo tempo, sujeito à Lei de Responsabilidade Fiscal. Tendo em vista que o direito à saúde e o orçamento caminham lado a lado. Por isso, essas questões devem ser observadas³³.

O atendimento à saúde é altamente oneroso, ao passo que o orçamento para arcar com esses gastos é limitado nos lindes atuariais. Essa outra afirmação (tema), reflete a difícil decisão colocada para o Judiciário, e que se refere à relação entre o crescente e alto custo financeiro de determinados produtos ou serviços de saúde e as possibilidades financeiras do ente que deve arcar com esse custo. Nota-se, aqui, novamente um preceito de característica interdisciplinar, pois, de um lado, são postas questões relacionadas a um direito ao acesso a determinado serviço ou produto de saúde e, de outro são problematizados os impactos financeiros e as limitações orçamentárias.

Nessa encruzilhada, delega-se ao Judiciário a responsabilidade de decidir questões que, por vezes, são individuais, mas seu reflexo é coletivo. Assim, no grupo focal foi observado:

Turmalina: O que a gente tem visto na saúde é que houve um momento, né, exagerado dessas demandas, né, e hoje quase que 1/7 do orçamento que foi colocado para medicações pelo SUS, já corresponde às ações. As ações já correspondem a 1/7 do valor que hoje é repassado pelo Governo Federal para a parte de medicações. Então, assim... isso tem um impacto grande, porque o orçamento é um orçamento previsto antecipadamente (..)

Topázio: (...) Os recursos são limitados. Então, até que ponto, o público e o privado vão dar conta de atender a uma demanda que é infinita? Porque a saúde ela é infinita, não

existe limite. A saúde é um bem material muito caro para as pessoas. Não se pode colocar valor nisso.

Em contrapartida, uma possibilidade que foi apontada pelo grupo são as soluções alternativas à judicialização, que perpassam a necessidade de uma maior integração entre os atores desse campo tão interdisciplinar como é o da judicialização da saúde.

Como solução proposta, pode ser citada a necessidade de campanhas educativas que instruem o cidadão, de modo que ele possa entender os mecanismos pelos quais se pauta a estrutura da saúde. Essa medida tem algo fundamental, que é a ideia de criar uma ação que privilegie a promoção e prevenção, em termos de saúde. Ou seja, ao invés de direcionar os cuidados apenas para a cura de doenças já instaladas, buscar práticas que visem evitá-las e, desde logo, proporcionar uma boa qualidade de vida ao beneficiário cidadão.

Turmalina: Enquanto o SUS atende primário, secundário e terciário. Como você colocou a gente tem realmente um problema cultural, até no tratamento da própria saúde. 85% dos problemas de saúde hoje tem resolutividade na atenção primária e todo mundo busca as clínicas de especialidades. Então, a gente... o SUS tem tentado trabalhar isso, mostrar à população... essa cultura da população de que a atenção primária de saúde, as equipes de saúde da família elas, a partir do momento que se consegue acompanhar aquela população a gente consegue reduzir o grande problema disso (...)

Outra recomendação, que pode ser pertinente, é a atuação dialógica entre os atores envolvidos na judicialização, a fim de incorporar novas tecnologias e padronizar o fornecimento administrativo de medicamentos pelo SUS, pelo menos os que não são de alto custo.

Ainda que esse fornecimento implique, de início, um custo para o Estado, de outra sorte, pode, eventualmente, significar uma medida de redução de custos decorrentes da judicialização, tanto para o Poder Executivo quanto para o Judiciário.

Afinal, “é importante construir outros [critérios] como forma de agregar ao debate, que diz respeito às demandas a serem veiculadas para inclusão de um novo tratamento ou medicamento”³¹.

Berilo: É inevitável e eu vou trazer uma questão assim, que é da minha vivência. O remédio que eu mais pedi na minha vida chamava-se “xxx”. É um remédio baratinho, baratinho assim... Deve custar uns 100 reais, 80 reais, alguma coisa nesse sentido. Esse remédio foi o que eu mais pedi na minha vida. No dia que ele padronizou, acabou a judicialização. Então, incorporação de novas tecnologias, eu acho que assim um elemento que é, com certeza, o mais eficaz para evitar a judicialização é esse. É a incorporação de novas tecnologias. Nunca mais eu consegui ajuizar uma ação. Eu consegui ficar até parecendo que eu queria ajuizar.

Berilo: Sério, na época esse remédio aqui era pra coisa de AVC, alguma coisa assim, pra AVC esse remédio. Era assim: 20%, 30% de pessoas que sentavam na minha frente era esse remédio aqui. Padronizou, tirou 30% das pessoas que eu tinha que atender, 30% dos processos que eu colocava no judiciário. Isso aqui é o que afeta diretamente, na minha opinião. Ah, e outra, isso é de um lado. Padronizou agora tem um custo, que o Estado fornece, mas veja, quando você padroniza e o Estado passa a fornecer isso de forma generalizada tem a queda do custo do medicamento.

Também pode ser proposta uma medida de englobar um maior envolvimento de outros atores que, aparentemente, não costumam atuar (diretamente) na temática da judicialização da saúde, como os conselhos de classe profissionais. Essa questão foi problematizada no grupo

Berilo: É o Judiciário capitaneando e tentando organizar e reunir todos os atores para dialogarem e buscar as soluções. Como o exemplo que o colega citou. Mas, por exemplo, a gente tem uma atuação efetiva do Conselho Regional de Medicina, quanto às práticas? (...) Qual a atuação do Conselho Regional de Medicina? Qual a contribuição ele poderia trazer para resolver problemas lá da saúde que vão culminar com a judicialização. Então, veja, primeiro a judicialização

como problema. O problema não é a judicialização. A judicialização é o...caminho.

Topázio: Aí eu vou até, assim, aproveitar um pouco. Eu acho que, além de trazer pra discussão, eu acho que é necessário requerer do CFM (...) O CFM, assim como a OAB, ainda é muito corporativista e eu acho que talvez toda essa discussão não chegue lá na ponta porque o CFM segura a barra de todo mundo. Entendeu? Então, talvez é ter essa exigência maior de fiscalização no membro dos CFM. Pode ser um caminho. Mas é ainda uma classe muito corporativista, a entidade e classe também é corporativista então, assim, você vê pelas próprias entrevistas quando se relaciona a um médico. Aconteceu alguma coisa aí o CFM dificilmente ele tem uma postura que não seja corporativista, né. Mas eu acho que isso é importante sim, o CRM, os conselhos regionais, assim como os federais, movido de forma mais efetiva nas discussões é...

Esmeralda: Será que a gente não volta para o problema do diálogo? Né, que o SUS talvez não esteja dialogando com o próprio CFM e com a ANVISA.

Por fim, foi discutida a utilização dos meios alternativos de resolução de conflitos, tema previsto no novo Código de Processo Civil – CPC, que já conta com algumas ações como as Mediações Sanitárias, a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde – CAMEDIS e a Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde – CIRADS²⁸ ou mesmo a integração de mediações especializadas em saúde junto aos Centros Judiciários de Cidadania e Resolução de Conflitos – CEJUSC, instituídos por meio da Política Judiciária Nacional promovida pela Resolução nº 125 do Conselho Nacional de Justiça.

Topázio: A gente está aí falando tanto de mediação né, o novo CPC vem trazendo tanto isso né, os métodos alternativos, mas a gente precisa colocar isso, né, não apenas pensar naquela audiência de conciliação, né, é muito além disso.

Em suma, os problemas levantados e soluções propostas, desembocam em reconhecer que a judicialização tem seus limites e não é a via mais

adequada, por isso precisa-se discutir meios alternativos. A Constituição Federal de 1988 já avançou em prever e recepcionar o direito social à saúde, precisa-se, agora, debater e propor meios fáticos de concretizá-lo.

Quadro 2 – Tema final: Diálogo interinstitucional e participação social

Temas iniciais	Conceito norteador	Temas intermediárias	Conceito norteador	Tema final	Conceito norteador
Modelo de Estado	O tipo de proteção estatal conferido ao direito à saúde, o modelo e o nível de implantação do <i>welfare state</i> no Brasil.	Relação entre Estado, Sociedade e Direito na concepção do direito à Saúde	A necessidade de uma discussão interdisciplinar sobre as concepções de saúde adotadas pela Constituição Federal de 1988	Diálogo interinstitucional e participação social	É preciso criar e manter uma relação dialógica entre as instituições e com a população com vistas a reconquistar a confiança nas instituições e com isso possibilitar a concretização ao acesso ao Direito à saúde.
Direito à saúde	A inexistência de um consenso do que se entende por Direito à saúde.				
Interesse social	O interesse social como fundamento a ser observado no fornecimento de serviços e produtos de saúde				
Valores culturais	Como as pessoas enxergam a sua relação com a coisa pública.				
Divergências entre o judiciário e a Administração Pública	Ausência de harmonia entre o estabelecido pela Administração Pública como regulação e o que é decidido pelo Judiciário.	A atuação das instituições: seus limites e potencialidades	É preciso melhorar a comunicação interinstitucional e trabalhar de forma interdisciplinar e dialógica, de modo a reconquistar a confiança nas instituições.		
Relação dialógica entre o judiciário e Administração Pública	A necessidade de realizar um diálogo entre os poderes Judiciário e Executivo				
Morosidade do Judiciário	A morosidade da cúpula do Judiciário contribui para um clima de insegurança jurídica no que se relaciona ao acesso aos serviços e produtos da saúde pública ou privada.				
A influência do contexto socioeconômico e político nas decisões judiciais.	Como as decisões judiciais são influenciadas pelo contexto socioeconômico e político				
Integração entre Judiciário e Administração Pública	Ausência de conhecimento das ações da Administração Pública pelo Judiciário e vice versa.				
Confiança nas instituições	Como a confiança nas instituições pode interferir na judicialização da saúde				
Judicialização: evitar x judicializar	O problema da judicialização tem que ser discutido em dois aspectos: o antecedente, o evitar, e como o judiciário operacionalizar os processos e procedimentos quando tal fenômeno ocorrer.				

A Constituição de 1988 optou por recepcionar os direitos sociais como fundamentais, escolha essa que encontra ampla correspondência no estado democrático de direito, desejado pelo constituinte originário desta carta política. Porém, a concretização do direito à saúde também está ligada à redução das desigualdades e efetivação de outros direitos³¹. O desenho de estado determinado na CR/88, pautado na divisão classista dos três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, cada qual com as suas funções típicas e atípicas, é um fator que determina como a saúde, enquanto um direito fundamental deve ser concretizado³⁴. Estes dois aspectos citados acima também foram colocados pelo grupo focal:

Berilo: Sobre essa perspectiva inicial, assim... acho que o cerne de toda a discussão passa pelo modelo de Estado que nós temos. Nós temos um modelo de estado social que se obrigou a disponibilizar serviços de saúde e essa interpretação ou o alcance de até aonde vai o direito da saúde? Ele é fruto de uma assim... construção, de uma interpretação da legislação. Mas eu acho que é... se posicionar como... de um modo que tem o alcance maior ou menor, ele vai variar... entre as pessoas... conforme o modelo de estado que essa pessoa concebe, modelo ideal de estado, né. (...)E essas sucessivas visões parciais é que vão construindo aí, ora o Estado tomando uma postura de expandir o direito à saúde – o modelo brasileiro – ora de restringir o direito à saúde.

Porém, uma coisa é o que a CF/88 estabeleceu como direito à saúde, outra coisa é o que os juristas e os atores sanitários entendem, cada qual com a sua perspectiva técnico-científica, o que seria esse direito. Esse descompasso foi abordado da seguinte forma:

Berilo: É lógico que para... que essa judicialização da saúde ela é feita com vários atores... com a atuação de vários atores, desde o momento inicial do paciente acometido de uma doença, muitas vezes grave, pelo médico que prescreve, pelos profissionais da área da saúde (que não são médicos né), muitas vezes nutricionistas, muitas vezes médicos, pelo... por aquele profissional que vai dar o acesso à justiça, o advogado, o defensor público, o membro do Ministério Público,

pelo Juiz que vai julgar, pelo perito, cada um com uma visão parcial – própria – que é: qual modelo de saúde deve prevalecer? Mas cada um com uma visão parcial a respeito do que é o direito à saúde.

Parece decorrer daqui a necessidade de um diálogo interdisciplinar que envolva profissionais da saúde e da área jurídica e da própria sociedade.

Berilo: Um aspecto sobre a questão de quanto se coloca de confiança na administração, eu acho que esse é um caminho mesmo, mas é só uma postura da administração de diálogo de proximidade com o cidadão, que não existe... assim estando na ponta ali, nada me fala que tem proximidade da Administração com o cidadão na área de quando o cidadão está buscando direito a saúde.

Para garantir o direito à saúde e que as discussões técnicas e políticas sejam incorporadas ao debate jurídico e vice-versa, é necessário que os atores discutam essas questões de forma ampla, desde a realização de fóruns, até o controle social da política pública da saúde³⁵.

A Audiência pública nº 4 (audiência da saúde), que foi promovida pelo Supremo Tribunal Federal – STF, é um bom exemplo sobre como abrir esse diálogo. A centralidade do ato, que tomou dimensões interdisciplinares e foi além de uma temática jurídica, recepcionou a contribuição dos profissionais da saúde e da sociedade a que se destina essa prestação. Essa é uma prática que deveríamos cultivar. Além do mais, o diálogo deve ser tanto institucional quanto contemplado pela participação social^{31,36}.

Sobre a questão da participação social nos processos de constituição do direito à saúde, devemos observar, não meramente a sua formalidade, mas a sua efetividade. Deve ser realizada uma promoção de realização de um contexto efetivamente participativo. Talvez esse contexto deva estar associado a um debate que dê, não só ao Judiciário, mas também aos gestores públicos e outros atores, um norte para conduzir os delineamentos da prestação de serviços de saúde e das políticas públicas que a ela se referem³⁷.

De outro aspecto, também é necessário discorrer sobre a relação dialógica entre o Judiciário e a administração pública. Além de ser um

processo democratizante, o diálogo entre poderes e instituições, bem como de partícipes da sociedade, pode ser um meio de solucionar este conflito e propor soluções interdisciplinares e de cunho coletivo³¹.

Berilo: O diálogo administrativo gente, na prática, eu vejo sem resposta, quase sempre do SUS, quase sempre sem resposta. Ou, quando a resposta, resposta que eu digo, num prazo que se considere razoável.

Esmeralda: É... Está sendo bem complicado trabalhar com esses depósitos judiciais e organizar a administração pra é... – o estado-juiz e o estado-administração e muitas vezes há um problema de... de informação, no meio do caminho, e muitas vezes tem causado ajuizamento de ações indevidas né, já com crédito até suspenso e porque o depósito foi feito lá no tribunal e a gente não tem ciência e o sistema não se alimentou corretamente.

Outro ponto problematizado, foi a questão da morosidade do judiciário para dar resposta aos casos postos sob sua análise.

Esmeralda: Então, tem muitas pautas no Supremo, relativas à judicialização da saúde e o Supremo muitas vezes não prioriza isso como deveria, para resolver o problema.

Topázio: Então, eu até fui anotando aqui para gente não perder o... A questão da morosidade, você falou assim que operadoras já estão... procurando... é porque isso já está prejudicando as questões contábeis das operadoras(...) E aí essa questão do reconhecimento também, dos depósitos, que gera um problema enorme. Então, assim, a agência reguladora ela está... Já que no Judiciário não decide, ela está criando mecanismos de forçar as operadoras a largarem mão dessa discussão.

Porém, o que foi debatido pelo grupo é que há duas faces para esse problema. Porque, se, de um lado, há um reclame pelo tempo que o judiciário leva para julgar, por outro, se ele é célere, a sociedade vê na via judicial uma resposta rápida e eficaz, de modo a intensificar a judicialização. O adequado é que a problemática se resolva em tempo hábil e pela via administrativa.

O grupo debateu, também, de uma forma bem avolumada, sobre a necessidade de se reconquistar a confiança nas instituições, notadamente na Administração Pública.

Esmeralda: Eu entendo que a gente deveria adotar mecanismos anteriores à judicialização. Talvez reconquistar a confiança na administração pública, que ficou perdida, é... ne... eu gosto de trabalhar um pouco com esse tema... que é até muito rápido... mas parece que o estado liberal é bem do legislador, o Estado social da administração pública, do poder executivo, e agora, no Estado democrático de direito o judiciário se tornou um grande árbitro. E não está funcionando.

Berilo: Porque que chega no Judiciário? Não é só saúde não. É qualquer demanda. Porque que chega no Judiciário? Porque as partes envolvidas, as partes eu não estou vinculando a processo. As pessoas envolvidas no conflito, porque é um conflito, administração versus cidadão. As pessoas envolvidas no conflito não são maduras. Nem o estado nem, muito menos o cidadão. Maduras, em lidar com o problema. Então, às vezes a gente colocar assim: o Judiciário não resolve o problema da judicialização. Ele não dá uma...(...) Isso. Não é a melhor solução. Ele não dá a resposta adequada. O estado e aí eu estou focando especificamente no executivo e nas agências... nas operadoras, para não deixar o privado fora disso, também não são maduras na solução, porque, se chegou no judiciário é porque primeiro falhou...

Esmeralda: Eu acho que o fato de ser servidor público gera um controle maior, pela A falta de confiança na administração, para mim que é o grande problema, e eu acho que nós tínhamos que buscar um período recuperação dessa confiança.

Turmalina: As instituições estão perdendo a credibilidade, ninguém mais acredita em nada. Ninguém mais acredita em nada

Topázio: Mas, já passando até para um outro ponto só para jogar ai... é... dentro das questões que nós levantamos na última, acho foi você que falou é: o resgate da confiança na Administração Pública, poxa e eu saí daqui inquieto com isso, porque como fazer esse resgate? Eu não consegui encontrar

meios, é para esse resgate no atual cenário. (...) Mas eu fiquei eu fiquei pensando em como e aí se vocês puderem me dizer e a gente discutir alguma coisa, porque, de fato, eu acho uma saída é importante, mas seu fiquei pensando no como?

Ainda é preciso ter em mente que a judicialização da saúde não é um fenômeno passageiro. De fato, é preciso constatar que a judicialização vai continuar existindo. Assim, o tema precisa se enfrentado sobre duas nuances diferentes: como evitar a judicialização e como operacionalizar as ações em andamento, ou que virão a surgir.

Berilo: Ela nunca vai acabar. Então, o problema da judicialização, acho que ele tem que ser discutido em dois aspectos: o antecedente, o evitar, e como o Judiciário operacionaliza quando judicializar. Porque ela não vai acabar, aliás, ela só vai crescer, porque todas as medidas, até hoje, que se criou, que se pensou, para evitar a judicialização

Esmeralda: Há 7 anos atrás tinha um projeto no (...) de redução de demanda e isso não reduziu demanda. Não reduziu a judicialização. E aí a gente faz essa crítica porque a gente recebe a judicialização em defesa do estado é... e a crítica que a gente faz é: reduzir demanda, reduzir a judicialização é resolver as coisas de maneira administrativa, em outra esfera

Conforme o grupo focal, a judicialização deve ser tratada em um “antes-e-depois”, ou seja, em meios de evitá-la e, quando isso não for possível, em como administrar e operacionalizar o percurso desses casos quando ela ocorrer.

Em síntese, o que se pode detectar é que, para todos os problemas levantados e, que permanecem sem resposta, não há solução plausível sem um diálogo interinstitucional, interdisciplinar.

6. Considerações Finais

O objetivo da presente pesquisa foi investigar a perspectiva (pessoal) dos atores das áreas jurídica e da saúde, sobre a judicialização da saúde. Para isso, utilizou-se o método de grupo focal e, para compô-lo,

foram convidados atores da Saúde e do direito, para dialogarem e problematizarem, mas, também, para proporem soluções ao fenômeno da judicialização, conforme a perspectiva de cada um.

As conclusões alcançadas por meio do debate grupal foi a de que há uma necessidade, não só de prever o direito à saúde, mas de criar mecanismos que possibilitem a sua concretização e que, para isso, é necessário que haja uma relação dialógica entre as instituições, bem como com a participação popular. O grupo focal apresentou, como alternativa, reconquistar a confiança nas instituições e, com isso, possibilitar a concretização do acesso ao direito à saúde.

A partir dos debates, foi possível observar que as principais problemáticas que envolvem a judicialização da saúde, sob a percepção de seus atores, implicam na necessidade de conhecimento técnico interdisciplinar envolvendo saúde e direito; em reconhecer que o atendimento à saúde é altamente oneroso, ao passo que o orçamento para arcar com esses gastos é limitado nos lindes atuariais; em entender que a atuação extrajudicial dos atores e órgãos podem solucionar os conflitos em tempo mais satisfatório e prevenir a judicialização; que há uma necessidade de uma discussão interdisciplinar sobre as concepções de saúde adotadas pela Constituição Federal de 1988; e, por fim, que é preciso melhorar a comunicação interinstitucional e trabalhar de forma interdisciplinar e dialógica, de modo a reconquistar a confiança nas instituições.

Cabe destacar, ainda, que esta pesquisa, através da utilização da técnica do grupo focal, valeu-se de uma dinâmica que conferisse dados de análise pautados em uma coleta tecnicamente adequada, mas que pudesse também funcionar como uma forma de envolver e devolver a contribuição de cada participante na pesquisa. Para tanto, a segunda reunião do grupo objetivou não só a validação dos resultados, como também uma forma de dar uma devolutiva aos participantes, a fim de que pudessem, de fato, participar como sujeitos da pesquisa.

Essas são a perspectiva e as propostas que os atores envolvidos na judicialização da saúde puderam fornecer. Os resultados encontrados são propostas amplas e diversificadas, encontradas a partir de problemas e soluções colocados pelos próprios atores da judicialização. Ou seja, os resultados são completamente compatíveis com o objetivo colocado e o

método aplicado. Abriu-se um caminho para que, novos estudos sejam realizados a fim de discutir, em profundidade, pontos específicos dessa pesquisa. Acredita-se que esse foi um primeiro passo em prol de um diálogo intersetorial, multidisciplinar e interdisciplinar e que esses resultados, ainda que preliminares, possam fomentar novas pesquisas.

Referências

1. Mello Cd. Supremo Tribunal Federal. [Online]. Brasília; 2000 [acesso em 17 março 2018]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/pagina-dorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>.
2. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1988; 22:57-63.
3. Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *Revista de Doutrina da 4ª Região*. 2008; 24:60.
4. Marques SB. O controle judicial das políticas e ações de saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. 2016; 17:100-105.
5. Vallinder T, Tate CN. *The Global Expansion of Judicial Power : The Judicialization of Politics* New York: New York University; 1995.
6. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisprudência Mineira*. 2009; 188:29-60.
7. Sarlet IW. Notas sobre a assim designada proibição de retrocesso social no constitucionalismo latino-americano. *Rev. TST*. 2009; 75: 116-149.
8. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Souza CGD, Silva PM, Rodrigues AT. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde Soc*. 2013; 22:773-784.
9. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Rev Direito Sanitário*. 2013; 14:122-132.
10. Oliveira Md RM, Delduque MC, Sousa MFD, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas. *Saúde Debate*. 2015; 39:525-535.

11. Delduque MC, Castro EVd. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2015; 39:506-513.
12. Santos BdS. Introdução à sociologia da administração da justiça. *Rev Crítica Ciências Sociais*. 1986; (21):11-44.
13. Cappelletti M, Garth B. *Acesso à justiça* Porto Alegre: Fabris; 2015.
14. Gouvêa CP. Social Rights Against the Poor. *ICL Journal*. 2013; 7:454-475.
15. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Rev Salud Pública*. 2012; 14:340-349.
16. Santos BdS. *Pela mão de Alice: o social e o político na Pós-Modernidade*. 7th ed. Porto: Afrontamento; 1999.
17. Oliveira MdRM, Delduque MC, Sousa MFd, Mendonça AVM. Mediação: um meio de desjudicializar a saúde. *Tempus, actas de saúde colet*. 2016; 10:169-177.
18. Ribeiro WC, Julio RS. Direito e Sistemas Públicos de Saúde nas Constituições Brasileiras. *Novos Estados Jurídicos*. 2010; 15(3):447-460.
19. Medeiros M, Diniz D, Schwartz IVD. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18:1079-1088.
20. Gontijo GD. A judicialização do direito à saúde. *Rev Médica de Minas Gerais*. 2010; 20(4):606-611.
21. Ramos RS, Gomes AMT, Guimarães RM, Santos ÉId. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais da saúde. *Rev Direito Sanitário*. 2017; 18:18-38.
22. Soares HC. Não levando os custos dos direitos a sério: o direito prestacional à saúde pelo Supremo Tribunal Federal. *Rev Direito Sanitário*. 2015; 16(2):29-51.
23. Machado MAdÁ, Acurcio FdA, Brandão CMR, Faleiros DR, JR AAG, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45:590-598.

24. Asensi FD, Pinheiro R. Defensoria pública e diálogo institucional em saúde: a experiência de Brasília-DF. *Direito e Práxis*. 2015; 06:11-36.
25. Asensi FD, Pinheiro R. A jurisdicização da saúde e o Ministério Público. *Rev Ministério Público do RS*. 2009; 63:113-149.
26. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.
27. CNJ. Conselho Nacional de Justiça. [Online].; 2012 [acesso em 17 março 2018]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ascom/edital_dpj.pdf.
28. Ribeiro WC. A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2018; 18(3)62-76.
29. Alcântara LPR. Contribuições das mediações sanitárias para o SUS: Estudo de Caso. Varginha: [dissertação de mestrado] – Universidade Federal de Alfenas; 2018.
30. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
31. Limberger T, Saldanha JML. A judicialização da política pública e o direito à saúde: a construção de critérios judiciais e a contribuição do Supremo Tribunal Federal. *Espaço Jurídico*. 2011; 12:283-302.
32. De Pierro B. Demandas Crescentes. *Pesquisa Fapesp* 2017; 252:18-25.
33. Mazza FF, Mendes ÁN. Decisões Judiciais e Orçamento: Um olhar sobre a saúde pública. *Rev Direito Sanitário*. 2014; 14:42-65.
34. Keinert TMM. Direitos Fundamentais, Direito à Saúde e Papel do Executivo, Legislativo e Judiciário: Fundamentos de Direito Constitucional e Administrativo. In Keinert TMM, De Paula SHB, Bonfim JRdA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 87-107. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais_10.pdf
35. Marques SB. O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica. [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

36. Machado FRS, Dain S. A Audiência Pública de Saúde: questões para a judicialização e para a gestão da saúde no Brasil. *Rev Administração Pública*. 2012; 46:1017-1036.
37. Oliveira VCS, Keinert TMM, Miranda ARA, Gonçalves SFC. Participação social em saúde no Brasil: elementos para compreensão de sua dinâmica. *BIS*. 2017; 18:153-161. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/boletim-do-instituto-de-saude>
38. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Online]. [acesso em 17 março 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
39. Campos Neto OH, De Assis Acurcio F, De Ávila Machado MA, Ferré F, Loureiro Vasconcelos Barbosa F, Leal Cherchiglia M, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46:784-790.

O uso de técnicas de pesquisa participativa frente à complexidade do sistema agroalimentar

Tatiana Matuk'
Renata Ferraz de Toledo''

Da produção ao consumo de alimentos tem-se hoje uma das mais complexas questões socioambientais da humanidade, desafiando limites éticos e planetários.

O desenvolvimento industrial ocasionou o aumento progressivo de pessoas nas áreas urbanas e, conseqüentemente, o alongamento da cadeia alimentar¹. A agricultura de subsistência passou a ser comercial, na qual produtores e consumidores foram separados no tempo e no espaço e suas interações passaram a ser mediadas pelo mercado². Assim, o sistema agroalimentar moderno envolve, além da produção, colheita e consumo, diversas etapas de armazenamento, distribuição, processamento e comercialização.

Na década de 1960, no Brasil, a Revolução Verde trouxe novas tecnologias, tais como fertilizantes sintéticos, drogas veterinárias, agrotóxicos, disseminação do uso de sementes híbridas selecionadas e manejo de animais em confinamento^{3,4}. Na década seguinte, o governo adotou as monoculturas e o uso intensivo destes agrotóxicos como política agrícola para modernização da agricultura, fornecendo isenções fiscais às indústrias químicas produtoras de agrotóxicos⁵.

I Tatiana Matuk (tatmatuk@uol.com.br). Nutricionista, Educadora e Mestre em Ciências pelo Programa de Mestrado Profissional em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública/USP.

II Renata Ferraz de Toledo (renata.toledo@fmu.br). Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental da FMU e do Programa de Mestrado Profissional Ambiente, Saúde e Sustentabilidade da FSP/USP.

Assim, esse modelo vem ocasionando rápidos e intensos impactos socioambientais. A produção de alimentos com alto grau de processamento é marcada pela emissão de poluentes, consumo excessivo de água e de energia nas diversas etapas de produção, comprometimento da diversidade cultural e da biodiversidade e produção desmedida de resíduos sólidos^{6,7}. Pouca atenção foi dada aos gastos públicos em curto, médio e longo prazos, necessários para recuperação de áreas contaminadas, prevenção e tratamento de doenças oriundas desse universo, afastamentos, aposentadorias precoces por invalidez e mortes de trabalhadores rurais⁸.

Ainda, esse processo foi instalado com pouco ou nenhum diálogo com a população. De um lado, temos agricultores desvalorizados e sem retorno financeiro justo^{3,4} e, de outro, consumidores fazendo escolhas com pouco ou nenhum acesso à informação sobre a origem e qualidade do seu alimento⁹.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, podemos dizer que o sistema agroalimentar moderno não conseguiu mitigar os problemas de saúde, a degradação do meio ambiente e as iniquidades no acesso à alimentação adequada e saudável⁴.

Os atuais problemas de saúde, por exemplo, possuem características distintas das questões científicas tradicionais, impactos locais, globais e de longa duração, inúmeras variáveis, riscos e incertezas. Diante deste cenário complexo, precisamos mudar a forma de lidar com estas questões. Afinal, “a metodologia para lidar com os novos problemas não pode ser a mesma que ajudou a criá-los”¹⁰.

Uma experiência participativa com atores do sistema agroalimentar

Esse capítulo foi baseado numa pesquisa que propôs a participação de consumidores, agricultores e nutricionistas – todos protagonistas do sistema agroalimentar – em um processo compartilhado de produção de saberes sobre a relação entre práticas alimentares, sustentabilidade e promoção da saúde. Então, para realizar um diagnóstico participativo, identificando conhecimentos, percepções, necessidades e interesses des-

tes grupos e, simultaneamente, fomentar reflexões críticas sobre o tema de assusto, a pesquisadora utilizou as técnicas do mapa-falante, com consumidores e agricultores/ pequenos produtores, e do grupo focal com nutricionistas¹¹.

Ao considerar as percepções e demandas da população, e não apenas de especialistas ou governantes, as pesquisas participativas podem contribuir para a redução do número de programas e projetos ineficazes. Neste sentido, o uso de técnicas como o mapa-falante e o grupo focal¹² podem favorecer a integração, o diálogo e a participação ativa de grupos sociais na busca de alternativas para enfrentar os desafios e incertezas inerentes aos problemas socioambientais e de saúde.

O mapa falante é uma representação gráfica de determinada realidade, por exemplo, das condições socioambientais e de saúde de dada população. A técnica é caracterizada pela construção coletiva, a partir da percepção e compreensão dos participantes sobre a questão estudada. Esta estratégia permite a identificação não só de problemas, mas também demandas e anseios futuros, além de direcionar a busca de soluções a partir da construção de nexos causais e da responsabilidade múltipla¹³.

Na respectiva pesquisa, a construção dos mapas-falantes foi proposta de forma inovadora ao incluir o sistema agroalimentar como a problemática central. Nesse sentido, procurou-se promover reflexões e diálogos sobre as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos sujeitos no tocante às suas práticas alimentares. Para assegurar maior espaço para escuta de todos e aprofundamento do tema, a técnica foi aplicada em momentos distintos para agricultores e consumidores.

O encontro com consumidores foi realizado na Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Contou com a participação de 11 pessoas que se inscreveram voluntariamente a partir de uma divulgação realizada com o apoio da própria instituição (mural e *mailing* da FSP) e rede de contatos da pesquisadora, com idade entre 19 e 69 anos, de ambos os gêneros, com ensino superior (completo ou em andamento). A maioria dos participantes que se interessaram e se inscreveram exercia atividade profissional relacionada ao tema da pesquisa.

Já o encontro com o grupo de agricultores foi realizado em um sítio em Ibiúna-SP, com a participação de 13 pessoas, entre 17 e 56 anos, de

ambos os gêneros, com diferentes níveis de escolaridade. Devido à dificuldade de locomoção desses atores, que costumam trabalhar na área rural, buscou-se formar um grupo que tivesse disponibilidade e interesse no tema da pesquisa. Para tanto, a pesquisadora visitou e/ou contactou representantes de locais como CEAGESP (Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo), CSA (*Community Supported Agriculture* - Agricultura Sustentada pela Comunidade), Secretaria Municipal da Agricultura de Ibiúna-SP e CAISP (Cooperativa Agropecuária de Ibiúna); sendo este último o grupo de agricultores interessados.

Os dois encontros foram realizados separadamente visando garantir maior espaço de escuta, porém seguiram a mesma dinâmica e tiveram aproximadamente 3 horas de duração cada. Após breve contextualização sobre a pesquisa e esclarecimentos necessários, foi solicitado aos participantes que se organizassem em subgrupos para a distribuição dos materiais necessários. A seguir, para a construção dos mapas falantes, os participantes foram orientados a desenhar o sistema agroalimentar da região onde moravam e/ou atuavam, destacando aspectos positivos e negativos para a saúde e para o meio ambiente, conforme o **Quadro 1**.

Quadro 1. Roteiro para elaboração dos mapas-falantes.

1. Locais ou situações do sistema alimentar que afetam a saúde do grupo;
2. Locais ou situações do sistema alimentar que afetam o meio ambiente;
3. Aspectos negativos e positivos do sistema alimentar (como o sistema alimentar interfere nas escolhas pessoais: acesso, segurança alimentar, disponibilidade...);
4. Atuação do grupo no sistema alimentar (como as escolhas pessoais interferem no sistema alimentar? Onde cada um atua, poderia ou gostaria de intervir?).

Neste processo de construção dos mapas-falantes, foram reconhecidos, em ambos os encontros, alguns elementos favoráveis ao alcance dos objetivos pretendidos, tais como: diálogo entre os integrantes dos subgrupos sobre ‘o quê’ e ‘como’ iriam desenhar; forte interesse dos participantes para com a atividade e em contribuir para com a pesquisa; divisão democrática de tarefas, em favor das diferentes habilidades dos participantes; construção coletiva e cooperativa; alto nível de concentração; e foco no atendimento às instruções e na abordagem do tema solicitado.

Por fim, os desenhos “ganharam voz”, pois, cada grupo teve a oportunidade de explicar o seu mapa e compartilhá-lo com os demais presentes. A mediadora deste processo de diagnóstico participativo e intervenção socioeducativa estimulou reflexões e o aprofundamento de questões relevantes ao tema. Em cada encontro (com consumidores e agricultores) e dentro de cada subgrupo existiam visões bem diferentes sobre o tema, o que contribuiu para o processo de reflexão, enriquecimento da discussão e para a aprendizagem compartilhada, o que vai ao encontro dos princípios da educação crítica.

Em um terceiro momento, realizou-se um grupo focal com nutricionistas, para que, a partir da análise dos resultados preliminares obtidos com os mapas-falantes, este grupo pudesse contribuir mais diretamente para a construção coletiva de diretrizes, inicialmente para compor um guia alimentar sob a ótica da sustentabilidade.

A técnica do grupo focal (GF) constitui-se na interação entre participantes e pesquisador em grupos de discussão sobre determinado tema por meio de estímulos adequados^{14,15}. Nos GF, ao contrário do que ocorre em questionários fechados ou entrevistas individuais, os participantes têm a oportunidade de fundamentar melhor suas concepções ou mesmo mudá-las¹⁵. O uso dos GFs está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador, no caso da pesquisa abordada, como uma técnica promotora da autorreflexão e da transformação social¹⁵.

O grupo focal foi realizado na FSP/USP, com duração de aproximadamente 3 horas. Contou com a participação de 6 nutricionistas, todas do gênero feminino, com idade entre 28 e 46 anos e que atuavam no mercado de trabalho na época do estudo, em áreas diversas. Estas profissionais

foram convidadas, como no grupo de consumidores, por meio de comunicado divulgado pela FSP/USP (mural e *mailing*) e por rede de contatos da própria pesquisadora.

Num primeiro momento, a pesquisadora fez uma breve apresentação sobre os objetivos da pesquisa e os resultados parciais obtidos com os mapas-falantes, com cautela para não influenciar a opinião das nutricionistas. A pesquisadora contou com o auxílio de um *relator* das falas e de um *observador* que anotava expressões não verbais, como recomenda a técnica do GF.

Seguiu-se um roteiro de oito perguntas previamente elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa, conforme a seguir. Durante a atividade, duas perguntas foram eliminadas, pela saturação do assunto nas demais questões.

Quadro 2. Roteiro de perguntas norteadoras para o grupo focal.

- 1.** Qual a relação entre alimentação, saúde e meio ambiente?
- 2.** Vocês gostariam de saber mais sobre o modo de produção dos alimentos? O quê?
- 3.** Como vocês incorporam as dimensões sociais e ambientais do sistema alimentar no seu dia a dia e na sua rotina profissional?
- 4.** Um guia alimentar que agregue, além da saúde, as dimensões sociais e ambientais, baseado nos resultados deste trabalho pode ajudar a sociedade? De que forma?
- 5.** Na opinião de vocês, para que público-alvo este guia deve ser destinado? Algum grupo específico ou para a população de modo geral?
- 6.** Como este guia pode abordar as questões que envolvem o governo e a indústria de alimentos, por exemplo, a manipulação de informações?
- 7.** O que você acha que não deve faltar neste material?
- 8.** Você tem sugestões para o formato deste material?

Durante todo o encontro, as nutricionistas demonstraram interesse, foco e disponibilidade para agregar suas ideias, experiências e demandas. Houve breves momentos de discordância, que serviram para fomentar o processo dialógico e que logo eram conduzidos por elas próprias a um consenso.

A motivação pessoal de cada uma das participantes com o tema da pesquisa ficou nítida, assim como a valorização do trabalho por elas desenvolvido e o papel do nutricionista para orientar não apenas práticas alimentares adequadas e saudáveis, mas também menos impactantes do ponto de vista ambiental, cultural e social, ou seja, no contexto da sustentabilidade.

Por fim, a análise conjunta dos resultados obtidos com a construção dos mapas-falantes e com a técnica do grupo focal permitiu melhor compreensão dos impactos socioambientais relativos ao sistema agroalimentar vivenciado pelos sujeitos desta pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa não visou a refletir as percepções e conhecimentos da sociedade como um todo, pois sendo uma pesquisa voluntária, inscreveram-se pessoas que já tinham afinidade com o tema. Porém, as apresentações e discussões contribuíram para um melhor entendimento sobre necessidades da população em relação ao tema.

As necessidades e propostas de enfrentamento identificadas nos três grupos investigados, somadas à experiência da pesquisadora e ampla pesquisa bibliográfica, foram dispostas nos cinco campos de ação para a Promoção da Saúde preconizados na Carta de Otawa^{III}, conforme o Quadro 3.

III A Carta de Otawa foi resultante da 1ª Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em 1986, constituindo-se marco de referência para as ações de promoção da saúde, especialmente aquelas focadas nas necessidades dos países industrializados.¹⁶

Quadro 3. Ações potenciais para a promoção da alimentação adequada e saudável sob a ótica da sustentabilidade resultantes da pesquisa.

1) Elaboração e implementação de políticas públicas que visem:
<ul style="list-style-type: none"> - Investimento em educação ambiental, em saúde e nutricional de forma integrada e contínua. - Regulamentação da publicidade sobre alimentos industrializados, especialmente focados ao público infantil. - Fiscalização da veracidade das informações contidas nas mensagens veiculadas pela mídia sobre produtos alimentícios. - Promoção à propaganda de alimentos saudáveis e orgânicos e/ou de base agroecológica. - Normatizações para a reformulação de produtos para que contenham menos ingredientes sem segurança comprovada. - Ações políticas intersetoriais: promoção da saúde, promoção da alimentação adequada e saudável, educação ambiental, movimentos ambientalistas, movimentos sociais do campo, dentre outros. - Subsídio para iniciativas da sociedade civil, organizações não governamentais, empresas e universidades em prol de práticas alimentares sob a ótica da sustentabilidade. - Monitoramento/ fiscalização de todas as etapas da cadeia produtiva de alimentos, especialmente na indústria de alimentos e no tocante ao uso de contaminantes químicos sintéticos e de tecnologias com segurança duvidosa. - Aumento das iniciativas de apoio ao agricultor familiar. - Subsídios aos produtores de alimentos orgânicos e de base agroecológica, incluindo também aqueles que produzem em média e larga escala. - Corresponsabilização entre todos os atores – produtores, empresários da indústria, varejistas, consumidores, profissionais da saúde e da educação, políticos, entre outros – sobre todas as etapas do processo produtivo e a conservação do meio ambiente (p. ex. desperdício de alimentos seguros, mas que não atendam aos padrões estéticos do mercado). - Revisão do padrão de qualidade dos alimentos <i>in natura</i>, como formato e tamanho. - Normatização pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para que os rótulos de alimentos processados sejam mais transparentes e inteligíveis. - Redução de impostos para cidadãos e/ou empresas que pratiquem ações em prol do meio ambiente (economia de água e energia, compostagem, coleta seletiva, embalagens ecológicas ou retornáveis, etc.). - Fomento à pesquisa científica sobre os benefícios da agricultura orgânica e de base agroecológica e sobre a relação entre o consumo de alimentos regionais e a prevenção/ tratamento/ cura de doenças, bem como sobre os impactos socioambientais de novas tecnologias e contaminantes químicos sintéticos.
2) Desenvolvimento de habilidades pessoais
<ul style="list-style-type: none"> - Informação e educação que viabilizem escolhas para a alimentação saudável sob a ótica da sustentabilidade. - Capacitação da população sobre possibilidades de redução do consumo, técnicas de conservação dos alimentos, aproveitamento integral de alimentos, formas de destinação dos resíduos (p. ex. reuso, reciclagem e compostagem), dentre outros assuntos. - Resgate do hábito de cozinhar e cultivar alimentos (hortas e pomares). - Promoção do consumo de alimentos regionais, da época e orgânicos. - Organização do tempo, valorizando a alimentação e o hábito de se alimentar em família.

3) Reforço da ação comunitária

- Desenvolvimento de ações que promovam o empoderamento dos sujeitos.
- Mobilização e participação social em espaços políticos, corporações, escolas, universidades e outros.
- Desenvolvimento de ações para o desenvolvimento da autonomia e solidariedade.
- Ética em todas as etapas da cadeia produtiva.
- Valorização do papel do agricultor e da mulher na sociedade, por meio da inserção destes em espaços políticos, educativos e comerciais.
- Comercialização justa por meio da aproximação entre pequenos e médios agricultores, produtores de alimentos orgânicos e consumidores.

4) Reorientação dos serviços de saúde

- Aperfeiçoar a formação acadêmica e promover educação continuada de profissionais da saúde, para que possam aprofundar a orientação à população sobre práticas alimentares saudáveis sob a ótica da sustentabilidade.
- Dinamização na formação acadêmica dos profissionais da saúde por meio de espaços para reflexões críticas sobre os problemas sociais, econômicos e ambientais, de forma integrada.
- Capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar, prevenir e tratar os sintomas relacionados à exposição aos contaminantes químicos sintéticos, tais como neuropatias, neoplasias, alterações endócrinas e alterações no sistema reprodutor.
- Profissionais da saúde, enquanto formadores de opinião, podem criar redes de aproximação entre agricultores e consumidores, por meio de instituições e espaços afins (p. ex. incentivar pacientes a frequentar feiras de produtos orgânicos, compras diretas do produtor).
- Articulação entre os Conselhos de cada categoria profissional para o desenvolvimento de ações baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, da Promoção da Saúde e da Educação Ambiental.
- Clínica ampliada de saúde^{IV}

5) Criação de ambientes favoráveis à saúde

- Serviços de alimentação que ofereçam alimentos saudáveis a preços justos, especialmente em locais como escolas, parques e hospitais.
- Locais de varejo (p.ex. supermercados) com disposição de alimentos saudáveis em local de destaque, com maior espaço nas prateleiras e preços justos.
- Criação de hortas urbanas em praças e outros locais.
- Criação de pontos de coleta seletiva e compostagem comunitária em condomínios, academias, restaurantes.
- Feiras orgânicas com oficinas e outras ações educativas.

De modo geral, os três grupos de sujeitos investigados nesta pesquisa – consumidores, agricultores e nutricionistas – reconheciam o impacto socioambiental das suas práticas alimentares. Destacaram-se a necessidade de empoderamento de todos os atores (p. ex. agricultores e pequenos produtores, profissionais da saúde e da educação, governantes

IV Na clínica ampliada, em oposição ao modelo biomédico tradicional, os profissionais da saúde enfocam o sujeito, a doença, a família e o contexto social de forma integrada, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na resolução de seus problemas. 17

e consumidores) do sistema agroalimentar nas dimensões da sustentabilidade e da promoção da saúde; maior participação e aproximação entre estes protagonistas e a ampliação do olhar para a repercussão do uso de novas tecnologias e contaminantes químicos sintéticos na produção de alimentos.

Considerações finais

Os resultados obtidos com a abordagem participativa, por meio das técnicas de construção de mapas-falantes e do grupo focal, permitiram aos participantes expor seus interesses, suas preocupações e suas experiências sobre o atual sistema agroalimentar.

Em concordância com a pesquisa participativa, os encontros facilitaram não só o “diagnóstico”, mas também a elaboração colaborativa de diretrizes para um guia alimentar interativo, agregando educação em saúde, ambiental e nutricional, buscando, assim, reforçar os conhecimentos existentes ou adquiridos ao longo do processo de pesquisa e, ao mesmo tempo, facilitar as ações educativas e o exercício profissional de diversos atores (p. ex. governantes, produtores, profissionais da saúde e da educação, consumidores). Posteriormente, este conteúdo subsidiou a elaboração de um curso de curta duração intitulado “Sustentabilidade no prato: interfaces entre alimentação, saúde e ambiente”, que vem sendo desenvolvida junto a profissionais da educação, saúde e demais interessados na temática, em diferentes espaços, formais e informais.

Portanto, os instrumentos metodológicos de pesquisa e intervenção utilizados, por sua natureza participativa, promoveram reflexão crítica, diálogo, produção de novos saberes e busca compartilhada de soluções, sendo estes bastante adequados para pesquisas relacionadas a cenários complexos, como o sistema agroalimentar da atualidade.

Referências

1. Germano PML, Germano MIS. Alimentos e suas relações com a educação ambiental. In: Philippi JR, A, Pelicioni, MCF, organizadores.

- Educação ambiental e sustentabilidade. 2. ed. Barueri: Manole; 2014. p. 863-910.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food and agriculture. Rome, 2013.
 3. Alves AF, Guivant JS. Redes e interconexões: desafios para a construção da agricultura sustentável. INTERthesis. 2010, 7(1):1-27.
 4. Azevedo E, Rigon SA. Sistema alimentar com base no conceito de sustentabilidade. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloninha, organizadores. Nutrição em Saúde Pública. São Paulo: Rubio, 2014.
 5. Alves filho JP. Receituário agrônomo: a construção de um instrumento de apoio à gestão dos agrotóxicos e sua controvérsia [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
 6. McMichael AJ. Integrating nutrition with ecology: balancing the health of humans and biosphere. Public Health Nutr. 2005, 8(6):706-715.
 7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília (DF), 2014.
 8. Abreu PHB. O agricultor familiar e o uso (in) seguro de agrotóxicos no Município de Lavras – MG [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2014.
 9. Kriflik LS, Yeatman H. Food scares and sustainability: a consumer perspective. Health, Risk & Society. 2005,7(1):11-24.
 10. Funtowicz S, Ravetz, J. Ciência pós-normal e comunidade ampliada de pares face aos desafios ambientais. Hist Cienc Saúde. 1997, 4(2): 219-30.
 11. Matuk TT. Práticas alimentares in (sustentáveis): participação, promoção da saúde e educação ambiental [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, 2015.
 12. Basch CE. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Educ Q, 1987, 14(4):411-48.
 13. Toledo RF, Pelicioni, A. F. ; Zombini, E.V. Práticas educativas no contexto da Promoção da Saúde. In: Ohara ECC, Saito RXS, organiza-

- dores. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari.2014,1:457-483.
14. Ressel LB, Beck LC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm.* 2008, 17(4):779-786.
 15. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 2003,12(24):149-161.
 16. Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2001,35(2): 115-121.
 17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF), 2002. [internet]. [acesso em 14 fev 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
 18. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Clínica ampliada. In: Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis, 2012.

Pesquisa Participante como instrumento de apropriação do processo de trabalho em saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde

Fabiana Santos Lucena^I
Ana Luisa Aranha e Silva^{II}

Este capítulo se propõe a relatar a experiência de uma pesquisa participante realizada com Agentes Comunitários de Saúde, a partir da dissertação de mestrado “O que pode um Agente comunitário de saúde? Processos de trabalho em saúde mental na atenção básica”¹. Essa pesquisa teve como objetivo: captar e analisar o processo de trabalho em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), (finalidade, objeto e instrumentos) de uma unidade básica de saúde a partir de sua própria voz; problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs; sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de trabalho em saúde mental no território, na perspectiva das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Atenção Básica e Saúde Mental

Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que 3% da população necessite de cuidados relacionados a transtornos mentais severos e

I Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br). Mestre. Pesquisadora Científica I do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

II Ana Luisa Aranha e Silva (anaranha@ee.usp.br). Livre docente. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

persistentes e mais de 9% de cuidados de atendimento eventual em saúde mental. Também se estima que de 6 a 8% da população necessite de cuidados relacionados ao uso de álcool e outras drogas².

Esses dados demonstram que uma parcela significativa da população necessita de cuidados em Saúde Mental. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do sistema exatamente por estar no território onde essas pessoas moram.

A inclusão das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica foi pensada desde o início dos movimentos sociais organizados conhecidos como Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, no final da década de 1970.

O avanço das práticas concretas em saúde permite afirmar hoje que

a Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área da saúde³.

Neste contexto, é o trabalho em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde que interessa a esta pesquisa.

Ao analisar artigos sobre pesquisas realizadas com ACS, os trabalhos mostram que esses profissionais possuem conhecimento empírico e uma visão estereotipada sobre transtorno mental, apresentando preconceito no cuidado com a loucura. Apresentam internalização de conceitos com raízes em práticas tradicionais como: transtorno mental no campo da doença; ações centradas na supervisão de medicamentos e agendamento de consultas clínicas. Entendem a loucura como estado irracional o que causa medo no atendimento a essas pessoas^{4,6}.

O trabalho dos ACSs está hegemonicamente centrado na lógica biomédica e em intervenções individuais e não nas práticas voltadas para ações coletivas ou intersetoriais. Os profissionais de saúde, incluindo o ACS, não são formados para atender a demanda de saúde mental, sentem-se despreparados para lidar com sofrimento psíquico e não conseguem organizar o processo de trabalho para prestar assistência em saúde mental^{4,6}.

Este cenário justifica a elaboração de um estudo que busca apreender, pela voz do ACS algumas questões: como descreve seu trabalho? Que finalidade tem em mente quando inicia um processo de trabalho? Que instrumentos utiliza? Tem apropriação desses conhecimentos? Suas ações cooperam ou rivalizam com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica?

Pesquisa Participante como método

O termo Pesquisa Participante e Pesquisa-Ação têm sido fonte de debates e tentativas de explicações distintas para esses processos. O termo Pesquisa-Ação tem sido utilizado desde a década de 1940 e não se sabe ao certo sua origem, porém, em geral, atribui-se o termo a Kurt Lewin, psicólogo organizacional alemão, apesar de haver registros anteriores, também na Alemanha. Dificilmente se encontrará a origem desse método, já que as pessoas sempre investigaram suas práticas a fim de melhorá-las. Outra dificuldade refere-se à definição de Pesquisa-Ação devido ao fato desse termo ter sido cunhado por Lewin e imediatamente depois, Pesquisa-Ação ter sido considerada um termo geral para quatro processos distintos: pesquisa-diagnóstico, pesquisa-participante, pesquisa empírica e pesquisa experimental⁷.

Pode-se afirmar que pesquisa-ação se desenvolve a partir de quatro princípios fundamentais, discutidos desde as primeiras concepções de Lewin⁸:

- 1) participação e colaboração; 2) processo de ciclo reflexivo em forma de espiral (planejamento, ação, observação e reflexão); 3) produção de conhecimento; 4) transformação de práticas⁸.

Em sua tese, Cordeiro descreve e analisa os princípios da pesquisa-ação de diferentes paradigmas e abordagens afiliadas. A partir da investigação que a autora realiza, verifica que não há uma única forma defendida como correta para realizá-la. Para tornar mais claras as diferenças na utilização, apresenta duas tradições de pesquisa-ação, a qual categoriza como tradição do Norte e tradição do Sul⁸.

As tradições norte e sul convergem quanto à participação/ colaboração e ao ciclo de reflexão baseado em espiral, admitindo que há diferentes níveis de participação. Porém, divergem quando analisadas as concepções e visões de mundo nas quais se amparam⁸.

A tradição norte baseia-se no modelo lewiniano e entende que a construção do conhecimento deve ser voltado para a prática, tendo uma concepção mais utilitária e dogmática. A finalidade da pesquisa-ação nessa tradição é a solução de problemas locais, dando suporte e perpetuando interesses burgueses. Utiliza-se de técnicas participativas e colaborativas, para encontrar soluções práticas acerca de um problema particular⁸.

A tradição sul tem raízes nos movimentos sociais da década de 1970 na América Latina, Ásia e África, influenciada pela crise estrutural nos países subdesenvolvidos e pela crítica marxista. Essa tradição está ao lado das classes subalternas e oprimidas, em busca de justiça social. Possui importante contribuição de Falls-Borda e é influenciada por autores como Karl Marx, Antônio Gramsci, Mahatma Gandhi e Paulo Freire⁸.

Essa pesquisa participante está ancorada na tradição sul, a qual entende que a ciência não é um campo neutro, devendo estar a serviço de grupos sociais excluídos, e estando a favor da quebra das diferentes formas de poder e exploração.

A *pesquisa participante* foi o método coerente para o desenvolvimento desse estudo, uma opção libertadora, que não toma os fatos como imutáveis, mas com uma relação dinâmica entre objetividade e subjetividade. Dessa maneira, não se pode reduzir os atores participantes da pesquisa a meros objetos e sim sujeitos de formação e transformação de conhecimento:

conhecer a sua própria realidade. Participar da produção deste conhecimento e tomar posse dele. Aprender a escrever a sua história de classe. Aprender a reescrever a História através de sua história. Ter no agente que pesquisa uma espécie de *gente* que serve. Uma gente aliada, armada dos conhecimentos científicos que foram sempre negados ao povo, àqueles para quem a pesquisa participante - onde afinal pesquisadores e pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas

diferentes – pretende ser um instrumento a mais de reconquista popular⁹.

Entende-se, nesse trabalho, que

é totalmente impossível imaginar uma separação entre o sujeito da pesquisa (o cientista social) e o seu objeto (a sociedade) se o sujeito é ele mesmo um ser social, se são as ações humanas que modelam e transformam a sociedade da qual o pesquisador é parte integrante, podendo inclusive sofrer as conseqüências do projeto social que propõe ou das transformações que sua ação pode provocar¹⁰.

Nesse trabalho há uma intencionalidade em favorecer a aquisição, apropriação e transformação dos conhecimentos e de provocar a formação de uma consciência crítica do processo que se está vivendo nos atores envolvidos, para que de forma lúcida, sejam sujeitos em/de transformação da realidade, como atores num processo de construção.

Quanto mais, em uma tal forma de conceber e praticar a pesquisa, os grupos populares vão aprofundando, como sujeitos, o ato de conhecimento de si em suas relações com a sua realidade, tanto mais vão podendo superar ou vão superando o conhecimento anterior em seus aspectos mais ingênuos¹¹.

Há seis princípios metodológicos, a partir de Falls- Borda¹², para pesquisa participante, os quais foram respeitados nas Oficinas de Trabalho^{III}:

1. Autenticidade e compromisso: “nas lutas populares há sempre um espaço para os intelectuais, técnicos e cientistas como tais, sem que seja preciso que se disfarcem como camponeses ou operários de origem”, e, no caso desta pesquisa, de Agentes Comunitários de Saúde. O que temos que demonstrar honestamente é o compromisso com “a causa popular perseguida por meio da contribuição es-

III Texto em itálico extraído na íntegra e anexado com a autorização da autora: Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese] Livre-Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. p. 61-3.

pecífica de sua própria disciplina, sem negar completamente essas disciplinas”;

2. Antidogmatismo: *cuidar para o respeito ao processo de construção de conhecimento processual, pois se “o intelectual engajado, ou o núcleo de liderança, se tornam dogmáticos em seu trabalho, podem estar formando antes uma ciência para o povo, como ela sempre foi concebida nos círculos de classes dominantes e transmitida às massas de maneira paternalista tradicional”;*

3. Restituição sistemática: *trata-se de equilibrar o “peso” dos valores dos grupos sociais com o dos novos possíveis saberes construídos, considerando e respeitando o repertório inicial destes grupos. Para tal, o autor propõe um conjunto das ações:*

- *Comunicação diferencial: que é o cuidado de “restituir os materiais históricos (e outros) de forma adequada e adaptados de acordo com o nível de desenvolvimento político e educacional dos grupos da base” usando técnicas como histórias em quadrinhos, bem ilustradas e simples. Este material pode seguir avançando para produções mais sofisticadas, como vídeos, etc. e finalmente, como textos descritivos e conceituais;*
- *Simplicidade de comunicação: a linguagem deve ser acessível a todos;*
- *Autoinvestigação e controle: o objeto de conhecimento deve ser pactuado com o grupo, levando-se em consideração “as prioridades e necessidades dos movimentos ou lutas populares e não somente as necessidades dos pesquisadores” assim, soluciona-se “não apenas o problema de ‘para quem’ este estudo é feito, mas também o da incorporação do cientista ao meio em que ele deve atuar”;*
- *Popularização técnica: reconhecer a “generalidade das técnicas de pesquisa mais simples e torná-las acessíveis a esses grupos”, com oferecimento de cursos de metodologia de pesquisa aos núcleos de lideranças mais avançados, de modo a capacitá-los e romper com a dependência frente aos intelectuais e realizar viabilizar a realização de suas próprias pesquisas.*

4. Feedback para os intelectuais orgânicos: *trata-se de uma discussão complexa porque não é possível esperar ingenuamente que as bases populares possam, de forma espontânea ou pela boa vontade de intelectuais engajados, se apropriarem dos saberes e re-escreverem a história de forma heroica. Entretanto, o processo de feedback é uma intrincada e permanente ação dos grupos envolvidos: de um lado, os pesquisadores comprometem-se com prática no campo, contatos com os grupos de base e seus problemas concretos e de outro, as lideranças buscam respostas para reivindicações, exigem e oferecem clareza e precisão na exposição teórica, fazem observações pertinentes e necessárias sobre a aplicabilidade da teoria no contexto imediato, fazem uma descrição vívida e fiel dos processos sociais locais, entre outras ações. O autor entende que este é o processo dialético que transforma as lideranças dos grupos populares nos intelectuais orgânicos^{IV}, ou na “minoría orgânica”;*

5. Ritmo e equilíbrio de ação-reflexão: *“uma das principais responsabilidades dos pesquisadores (intelectuais orgânicos) é articular o conhecimento concreto com o conhecimento geral, o regional e o nacional, a formação social com o modo de produção” [...] observar no campo as aplicações concretas dos princípios, diretrizes e tarefas e este é o ritmo que vai da ação à reflexão e da reflexão à ação, em um novo nível de prática. Este é o movimento que permite que os conhecimentos se movam “como uma espiral contínua em que o pesquisador vai das tarefas mais simples para as mais complexas e do conhecido para o desconhecido, em contato permanente com as bases sociais”;*

IV “Os intelectuais assumem o protagonismo na articulação do partido revolucionário que empreenderá a reforma intelectual e moral. Gramsci entende que todos os membros de uma agremiação devem ser considerados intelectuais, não pelo seu nível de erudição, mas pelas funções que exercem. Para ele, existem dois tipos de intelectual: o ‘intelectual orgânico’, que, em sintonia com a emergência de uma classe social determinante no modo de produção econômico, procura dar coesão e consciência a essa classe, também nos planos político e social; e o ‘intelectual tradicional’, que se conserva relativamente autônomo e independente, mesmo tendo desaparecido a classe à que pertencia no passado. Ambos cumprem funções análogas às do partido: buscam dar forma homogênea à consciência da classe a que estão ligados ou, no caso dos intelectuais tradicionais, às classes a que emprestam sua adesão, e desse modo preparam a hegemonia sobre o conjunto de seus aliados. São, em suma, instrumentos da consolidação de uma vontade coletiva, de um bloco histórico” (Gramsci, 1978; Moraes, 2009 apud Aranha e Silva, 2012; p. 62).

6. Ciência modesta e técnicas dialogais: o autor sintetiza as duas condições mínimas para o desenvolvimento deste ritmo e equilíbrio e para o feedback cultural das bases para a minoria orgânica:

- *“a tarefa científica pode ser realizada mesmo nas situações mais insatisfatórias e primitivas com o uso de recursos locais” [e] isso não significa que, “devido à sua modéstia, este tipo de esforço científico seja de segunda classe ou que lhe falte ambição”;*
- *O pesquisador deve: “abandonar a arrogância do erudito, aprender a ouvir [e respeitar] discursos em diferentes sintaxes culturais, adotar a humildade dos que realmente querem aprender e descobrir”; “romper com a simetria das relações sociais”; “incorporar pessoas das bases sociais como indivíduos ativos e pensantes nos esforços da pesquisa”¹³.*

Processo de trabalho e práxis como referência teórica para análise do trabalho em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde

Esse estudo discute o trabalho humano como aquele que se diferencia do trabalho animal por sua intencionalidade. Pelo trabalho é possível transformar a natureza. Esse processo não acontece casualmente, mas é iniciado a partir de uma necessidade sentida.

O homem inicia um processo de transformação quando sente uma necessidade e vê formas de transformar a natureza de modo que aquela necessidade seja suprida. Assim, inicia um processo e para isso depende de sua força de trabalho (conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser ativadas para obter transformações) e de instrumentos que sejam capazes de transformar certo objeto, naquilo que corresponde à sua carência. Importante lembrar que não é qualquer objeto que possui potência em se transformar em seu objeto antevisto, mas que esse objeto tem que ter características que permitam que se transforme nele. O que caracteriza o processo de trabalho humano é

que esse é sempre vinculado a uma finalidade antes e durante o processo. Ou seja, o homem consegue idealizar o produto e direcionar o processo de transformação¹⁴.

Os elementos constitutivos desse processo de produção são dois, os meios de produção e a força de trabalho:

1 - Meios de Produção - podemos considerar todos os elementos materiais que participam do processo, direta ou indiretamente, sendo compostos por matéria-prima (matéria sobre a qual se aplica o trabalho no processo de produção) e instrumentos de produção (elementos como ferramentas ou máquinas para transformar a matéria prima, mas que não transferem nenhum valor material ao produto). Ao lado desses elementos materiais, o homem também faz uso de “recursos conceituais”, que consistem nos conhecimentos e técnicas que ele acumula historicamente⁽¹⁵⁾.

2 - Força de Trabalho - também chamada de capacidade de trabalho, é toda energia humana gasta no processo de trabalho¹⁵.

No modo de produção capitalista a forma de transformar a natureza e o produto criado através do trabalho tem algumas particularidades.

Entendemos por modo de produção, a

“maneira pela qual a sociedade se organiza com base nas relações de produção, ou seja, nas relações que os homens, na produção de sua existência material, estabelecem com a natureza (mediados pelas forças produtivas) e entre si, determinadas pela propriedade dos meios de produção.”¹⁵

Uma das peculiaridades do capitalismo é que não só os meios de produção, mas também a força de trabalho tornam-se mercadorias. Dessa maneira aquele que possui apenas a sua força de trabalho é obrigado a vendê-la aos proprietários dos meios de produção. O processo de produção capitalista só se sustenta a partir da exploração do trabalho alheio:

“... o capitalista não remunera todo o trabalho realizado pelo trabalhador, mas apenas uma parte, aquela necessária para produzir o valor de sua força de trabalho. Essa operação só é

possível porque o homem consegue produzir não apenas o necessário para subsistir (o valor de sua força de trabalho), mas também um excedente..."¹⁵.

Além de ser explorado nesse modo de produção, o homem fica separado do produto de seu trabalho, o qual já não lhe pertence mais. Não é mais o trabalhador que através de uma necessidade sentida se coloca em movimento para transformar a natureza. O processo já não se dá como um todo, a concepção e a realização do trabalho dissociam-se e o processo fragmenta-se. Assim, cada um fica com apenas parte do processo de produção.

Para compreensão do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e sua prática em saúde mental, o conceito de práxis se apresenta de forma potente para iluminar o processo de trabalho desenvolvido por eles.

A práxis é a criação do homem, o qual toma consciência da realidade e se coloca em movimento através de uma necessidade sentida. Com isso constrói uma realidade diferente, na qual possa ter respostas para algumas carências sentidas. Esse processo articulado entre prática e consciência é o que distingue o trabalho humano de outras atividades, que nem sempre se realizam de forma consciente e idealizada anteriormente à transformação, como é o caso dos outros animais. É essencialmente isso que diferencia o trabalho humano¹⁶.

Sendo a práxis a ação do homem de forma consciente, pode-se falar de diferentes níveis de práxis a depender do grau de consciência do sujeito para determinado fim. Dessa maneira, é possível distinguir duas formas que representam grande importância nesse estudo, pelas quais a práxis pode se apresentar: *práxis criativa* e *práxis reiterativa*¹⁶.

A *práxis criativa* resulta da atividade do homem, que através de uma necessidade sentida se coloca conscientemente em transformação. Assim, transforma a natureza e a si mesmo durante o processo. Esse nunca é um movimento acabado, já que a satisfação de necessidades é também instauradora de novas necessidades¹⁶.

A partir de uma criação, esse processo é por vezes reiterado e repetido enquanto sua validade se mantenha, porém, novas necessidades

fazem com que soluções já alcançadas se apresentem de forma ineficaz e por isso é necessário criar novas formas para satisfazê-las.

A práxis é essencialmente criadora, mas entre um processo e outro de criação, sempre fica espaço para a reiteração de uma práxis já estabelecida. Assim, a práxis é sempre uma forma alternada entre criação e imitação da inovação e da reiteração¹⁶.

Há três elementos distintivos da práxis criadora¹⁶:

1. Unidade indissolúvel, no processo prático, do subjetivo e do objetivo;
2. Imprevisibilidade do processo e do resultado;
3. Unidade e irrepitibilidade do produto.

Em nível inferior à *práxis criativa* tem-se a *práxis* simplesmente *reiterativa* ou *imitativa*. Essa se caracteriza pela inexistência ou por uma débil manifestação desses três elementos apresentados¹⁶.

... a práxis criadora exige uma elevada atividade da consciência, não só ao traçar, no início do processo prático, o fim do projeto original que o sujeito procurará plasmar com sua atividade material, como também ao longo de todo o processo. Disso resulta que uma rica e complexa criação exigiria uma maior atividade da consciência, já que a problematidade ou improbabilidade do processo e a incerteza quanto ao resultado obrigam-na a intervir constantemente. No entanto, não devemos limitar-nos a ver o papel da consciência na práxis criadora; também nos níveis mais baixos da práxis a consciência está presente, ainda que sua intervenção seja menor¹⁶.

Na *práxis criativa* o produto exige uma mudança na matéria, mas durante o processo, o projeto também sofre transformações, ou seja, modifica-se também o plano ideal que deve se ajustar a realidade do processo prático. Na *práxis reiterativa* o idealizado permanece imutável, já que o processo de transformação está sendo imitado. Não há nada de aventura ou incertezas nesse processo.

Conforme foi visto, por trás de uma *práxis reiterativa* há sempre uma *práxis criativa* anterior, a qual é tomada como lei a ser seguida. Pode-se entender a *práxis reiterativa* sendo de segunda linha já que não cria uma nova realidade humana, não produz criativamente novas formas de responder necessidades, e nisso reside sua inferioridade à *práxis criativa*¹⁶.

Com a divisão e a especialização do trabalho, no modo de produção capitalista, o homem participa em apenas parte do processo de produção, ficando dissociado quem planeja de quem executa determinada ação. Ou seja, dissolve-se a consciência que idealiza, da mão que produz. O homem já não domina o processo, mas tem uma atividade repetitiva, que exige um grau mínimo de intervenção consciente. A *práxis criativa* tem pouco espaço nesse contexto, onde resta ao homem imitar e repetir o já instituído, só há um caminho a ser seguido e não restam alternativas a serem construídas¹⁶.

A *práxis repetitiva* se impõe no trabalho parcelado, o que produz aspectos extremamente negativos, como perda do caráter universal do trabalho, a fragmentação deste em uma série de operações parciais, a ruptura da unidade do processo de concepção e prática no trabalho¹⁶.

Com a divisão técnica, com o parcelamento do trabalho o próprio homem fica mutilado, dividido, já que ele, que se faz por meio da necessidade de criar e se recriar pelo trabalho humano, fica privado de existir enquanto sujeito que transforma.

...a divisão do trabalho nas condições peculiares da produção maquinizada conduz a um trabalho extremamente simples, desqualificado, mecânico e o mais impessoal e inconsciente possível, pois a intervenção da consciência, tão necessária quando se trata de escolher entre várias alternativas, isto é, em uma situação problemática, converte-se em um obstáculo quando não há propriamente alternativas, quando se trata de recorrer a um único caminho, e não resta margem alguma para o imprevisível¹⁶.

Apropriação do Processo de trabalho em saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde

Propõe-se aqui traçar a trajetória trilhada nessa pesquisa a fim de que possa iluminar novas possibilidades de estudos ou processos de formação para equipes de trabalhadores de saúde, com a finalidade de apropriação de seus respectivos processos de trabalho. Entende-se que as pesquisas não devem estar dissociadas da prática cotidiana, a qual deve alimentar novos conhecimentos.

Essa pesquisa foi realizada em uma UBS situada no Distrito da Brasilândia, que pertence à Subprefeitura da Freguesia do Ó / Brasilândia, na zona norte de São Paulo. O universo de sujeitos da pesquisa refere-se a 05 (cinco) mulheres Agentes Comunitárias de Saúde. A coleta de dados realizou-se em 2013 e respeitou os preceitos éticos.

A pesquisadora proponente desse estudo possuía um vínculo estreito com os sujeitos participantes, na medida em que fazia parte da equipe de trabalho há três anos. Essa pesquisa participante captou essa realidade como instrumento de intervenção. Não se relacionou com essa realidade como mero campo de coleta de dados porque esse projeto faz parte da inserção real no cotidiano do serviço, da indagação sobre a realidade e do desejo de contribuir para a construção coletiva de saberes que possam de fato contribuir para uma transformação social.

Para apreender o processo de trabalho em saúde mental dessas agentes, optou-se pela estratégia metodológica das Oficinas de Trabalho^{17,18}.

Foram realizadas quatro Oficinas de Trabalho: Oficina Preparatória, Oficina Parte 1, Oficina Parte 2 e Oficina Síntese (a Oficina Preparatória foi gravada e transcrita).

- 1- A Oficina Preparatória foi composta pela Fase de Aquecimento e fase de Construção do material empírico. A fase de aquecimento utilizou os seguintes questionamentos: Como foi sua chegada no serviço? Como é trabalhar lá? Por quê você trabalha lá? Essa fase teve por objetivo mobilizar a recuperação afetiva e uma retrospectiva do caminho profissional das ACSs do início de

suas atividades até o momento atual e foi imprescindível para compreender todos os sujeitos envolvidos, nesse caso o Agente Comunitário de Saúde, e entender o lugar que ocupam na estrutura social e no processo investigado. Na fase de construção do material empírico a consigna foi: uma situação de cuidado compartilhado entre a Atenção Básica e Saúde Mental que tivesse vivenciado. Essa situação teria causado forte impacto ou chamado muito a atenção das ACSs.

- 1- A Oficina Parte 1 teve como objetivo descrever de forma minuciosa e objetiva o *fazer* de cada sujeito envolvido na situação de cuidado compartilhado entre Atenção Básica e Saúde Mental.
- 2- A Oficina Parte 2 teve como objetivo reconhecer e analisar o *fazer* descrito na fase anterior e a ele atribuir um *significado*. Este procedimento metodológico resultou na qualificação do *fazer* em saúde mental do Agente Comunitário de Saúde.
- 3- Na Oficina Síntese foi elaborada a recomposição dos processos de trabalho (finalidade, objeto, instrumentos e objeto transformado) em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira dos ACSs, o poder-fazer.

As Oficinas foram realizadas contemplando os seguintes aspectos: sistematização da experiência; análise e problematização coletiva; reflexão e proposta de ações; ação e avaliação.

Processo de trabalho em Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde

Para construção do material empírico, o qual seria trabalhado a fim de melhor compreender o processo de trabalho desses profissionais, foi solicitado que respondessem a seguinte questão: Descreva em detalhes uma situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Uni-

dade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.

Nesse momento cada participante da pesquisa descreveu uma situação concreta e a partir daí constituiu-se o material para análise nas oficinas seguintes.

A partir do material construído na Oficina Preparatória prosseguimos para a Oficina Parte 1, cujo objetivo era apreender o fazer do Agente Comunitário de Saúde, a partir das situações concretas vivenciadas por cada uma delas. Houve uma discussão minuciosa das cinco situações colocadas pelas ACSS, extraindo o que havia sido feito por todas as pessoas envolvidas na situação. Foi utilizado o seguinte instrumento para apoio nessa discussão:

O fazer

A CENA	CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
O CENÁRIO	Situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, além de você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Unidade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.
Os atores (quem)	A situação (o fazer)
Usuário	
Você	
Profissional (ais)	
O trabalho do ACS é	

A partir do material construído com os respectivos fazeres de cada um dos sujeitos envolvidos, prosseguiu-se para a Oficina Parte 2, onde as ACSs foram chamadas a refletir sobre o significado de cada fazer presente na situação. A partir do significado de suas ações foi nomeado o significado de seu fazer. Nesse momento utilizou-se o seguinte instrumento de apoio:

O significado do fazer

A CENA	CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
O CENÁRIO	Situação vivenciada por você de prestação de assistência em saúde mental que tenha tido preferencialmente como atores, além de você, outro (s) profissional (ais) de saúde e um ou uma usuária de saúde mental da Unidade. Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.
Os atores (quem)	O significado (o saber-fazer)
Usuário	
Você	
Profissional (ais)	
O trabalho do ACS é	

Após o material construído nas Oficinas apresentadas acima, foi realizada a Oficina Síntese. Esse espaço se iniciou com uma discussão teórica sobre processo de trabalho, a partir do referencial teórico adotado nesse estudo. Após esse momento, as ACSs foram convidadas a pensar o seu fazer a partir dessa referência, nomeando objeto, finalidade, meios/instrumentos e objeto transformado, em suas situações vividas. Nesse momento foi utilizado o seguinte instrumento de apoio:

	PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
Processo de trabalho	
Finalidade	
Objeto	
Meios/Instrumentos	
Objeto transformado	

Conforme apresentado anteriormente, nesse estudo foram eleitas cinco situações, cada uma vivenciada por uma das integrantes do grupo. Porém, nesse capítulo apresentaremos o resultado da discussão de apenas uma das situações, para melhor elucidar a descrição do processo realizado nessa pesquisa participante.

Situação Exemplo – Paciente de 56 anos, preso em casa, despido, comendo fezes e agressivo

O caso do usuário que chamou minha atenção é de um paciente de 56 anos, que era restrito ao lar, que foi várias vezes discutido em fórum, na discussão de pessoas que estavam lá e nem mesmo sabiam do caso. Logo, foi criticado o cuidado, foi criticado a equipe e que pra mim foi um caso que teve uma atenção diferenciada e que fiquei noites sem dormir, logo foi resolvido.

A situação envolve um paciente de 56 anos com diagnóstico de esquizofrenia que recebe cuidados da equipe de PSF, de sua cuidadora, de uma ACS, de uma auxiliar de enfermagem, da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, da enfermeira e do médico da equipe. A forma como o usuário se comporta causa estranhamento e medo na ACS.

Nesta situação, os sujeitos envolvidos são: usuário, cuidadora, ACS, auxiliar de enfermagem, equipe do NASF, enfermeira e médico. A situação envolve um paciente de 56 anos com diagnóstico de esquizofrenia que recebe cuidados da equipe de Estratégia Saúde da Família. A forma como o usuário se comporta causa estranhamento e medo a ACS.

O quadro abaixo representa o material construído a partir da Oficina 1 e 2, com a síntese do fazer de cada um envolvido no processo e seus respectivos significados.

Quadro 1 – Descrição (o fazer) e atribuição de significados (o saber-fazer)

Os atores (quem)	A situação (o fazer)	O significado
Cuidadora	cuida bem pede ajuda / abre o portão	gesto de carinho; respeito pelo paciente e pelos trabalhadores acreditar que é possível que o paciente melhore com a ajuda da equipe
Usuário:	Fica o tempo todo gritando / incomoda os vizinhos não vai ao CAPS / não quer saber de mais nada fica sem roupas / faz xixi na cama / come fezes / não toma banho	maneira de chamar a atenção falta de controle consequência da doença porque antes ele não fazia isso

Você - ACS	Fica com medo orienta o uso de medicações / discute o caso em fórum de saúde mental / acompanha auxiliar de enfermagem nos cuidados de higiene não põe a mão no paciente.	natural, normal diante da situação diagnóstico situacional e conduta não exercer a função que não é própria
Profissional (ais)	Aux. de enfermagem: realiza cuidados de higiene. NASF: realiza VD/ faz atendimento compartilhado. Médico e enfermeira: realizam VD/ discutem o caso.	o paciente tinha confiança nessa profissional. apoio da equipe em relação ao trabalho do ACS. apoio da equipe em relação ao trabalho do ACS.
O trabalho da ACS é	Conhecer mais o caso/ orientar/ prevenir/ realizar vd 1 vez ao mês	a ACS sozinha não dá conta, precisa se integrar no trabalho em equipe, necessidade de envolver diversos profissionais

De acordo com o que as agentes elegeram enquanto fazer delas, pode-se notar que grande parte são atribuições preconizadas pela portaria GM 648/ 06, como: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Esse fazer não se configura enquanto processo criativo a fim de produzir novas formas de responder às necessidades. Ao contrário, está ancorado em uma forma já preconizada para resolver uma problemática. Sendo assim, podemos afirmar que esta é uma *práxis* reiterativa porque mediada por normativas, protocolos e diretrizes.

Durante a Oficina de Trabalho 2 a ACS refletiu sobre questões importantes relacionadas ao cuidado no campo da saúde mental. A ACS conta que no início da sua relação com o usuário, sentiu medo relacionado às informações dadas pela equipe, pela vizinhança e pela situação que ela mesma presenciava. Outra qualidade de medo referia-se ao fato de ter que prestar cuidado para uma pessoa que tinha atitudes que ela não compreendia, como ficar nu e gritar o tempo todo.

Ao atribuir significado ao medo, a ACS afirma que diante de uma situação como essa esse sentimento é justificado. A ACS demonstra que na medida em que ela foi conhecendo o usuário para além do diagnóstico, passou a entendê-lo de outra maneira, vinculou-se a ele e ofereceu cuidados em saúde.

Sempre tinha reclamação da vizinha do lado que dizia que ligava pra polícia, porque que ele e quando eu conheci ele, assim, eu em um primeiro momento eu tive medo dele, muito medo, né (ACS).

E todas as vezes que a gente ia lá fazer visita, a equipe ia lá, ele atendia a gente nu, né, às vezes tinha algum momento que a gente pedia pra ele por a cueca, ele ia lá, ele colocava, ele sentava, ele, com a conversa, ele mudava, ele ficava uma pessoa supereducada e, muito gentil, né, tratava muito bem (ACS).

eu criei um vínculo com ele muito bom, que ele até me pediu em casamento, disse que eu era noiva dele (ACS).

No processo de atribuição de *significado* a estes *fazer*s do usuário a ACS fala sobre uma importante mudança no comportamento dele e relaciona esta mudança à qualidade do acompanhamento da equipe. Inicialmente ele era uma pessoa que quebrava os objetos dentro de casa e tinha muita dificuldade em se relacionar com os outros. O trabalho da equipe promoveu uma transformação nessa situação uma vez que ele já não quebra nada da casa e consegue estabelecer uma relação afetiva com as pessoas.

Quebrava tudo. Daí chegou num tempo que a gente conseguiu passar, o NASF conseguiu acompanhar, mudou... tinha televisão, tinha um radinho lá que ele deixava, lâmpada ele

chegou a deixar, a casa bem mais cuidada. A cuidadora limpava de manhã e a gente chegava lá a tarde estava do mesmo jeito, ele não bagunçava (ACS).

A ACS reconhece a complexidade do caso, mas em nenhum momento propõe ações no campo da psiquiatria clássica, como uma intervenção psiquiátrica, por exemplo. Muitos usuários em condições semelhantes a este encontram-se institucionalizados, mas durante o acompanhamento realizado pela equipe, em nenhum momento isso aparece como proposta terapêutica, ao contrário, as ações realizadas se contra-põem radicalmente à ideia de institucionalização.

O movimento que se faz é no sentido de dar condições de vida dignas ao usuário em sua própria casa, ou seja, uma proposta desinstitucionalizadora, alinhada à perspectiva da

desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, a desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, re-contextualizando-o, re-complexificando-o¹⁹.

O conceito de doença mental foi construído historicamente sob a tríade pineliana: o *saber* médico-psiquiátrico, a *relação assimétrica entre médico e paciente*, mediada pelo valor destes saberes, e o *lugar* próprio para o exercício deste saber e desta relação, que é o manicômio¹⁷.

A instituição manicômio envolve a discussão sobre como as práticas em saúde permitiram ou viabilizaram que seus muros fossem erguidos e sobre como as ideias, noções e preconceitos que o acompanham podem ser desconstruídas¹⁹.

Para isso é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas as concepções e preconceitos que atingem, de forma difusa, toda a sociedade e interrogar as respostas científicas, institucionais e sociais a problemática da loucura¹⁹.

A desinstitucionalização é um processo de desmontagem do paradigma médico-centrado e de construção de práticas que buscam criar uma nova realidade que requer sujeitos pensantes, intervenções inteli-

gentes, mobilização social e produção de políticas. Esse é um processo complexo, e não possui uma fórmula a partir da qual seguir.

O que se vê na análise dessa Situação é uma prática de cuidado que desloca o *fazer* e o *poder-fazer* médico do centro das ações e coloca neste lugar a ação da ACS.

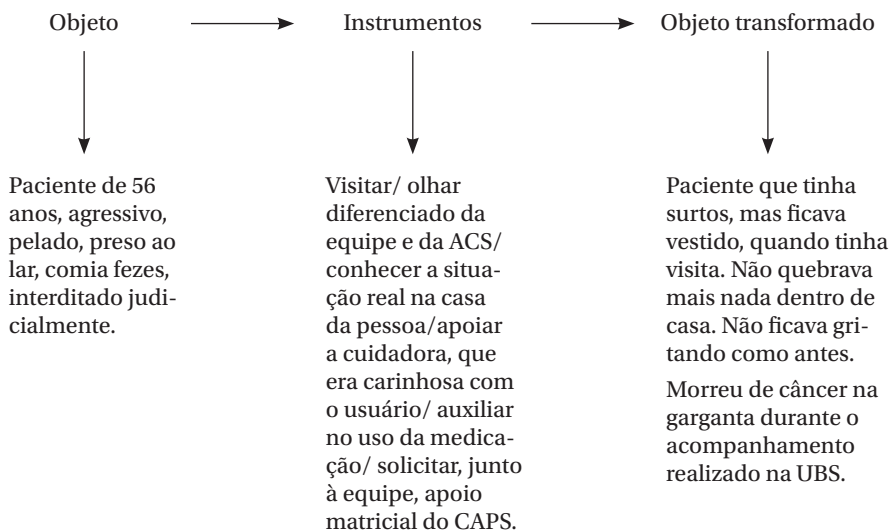
As ações da ACS estão pautadas no sentimento de solidariedade ao sofrimento das pessoas que precisam de uma intervenção para um melhor jeito de caminhar na vida.

Dessa maneira, a Atenção Básica constitui-se como um local de grande importância para a construção de práticas em Saúde Mental. Os trabalhadores desse nível de atenção têm um papel fundamental em garantir que os ideais da reforma psiquiátrica sejam consolidados como prática na atenção a saúde da população.

Esta é uma *práxis* criativa.

A seguir tem-se a representação esquemática da recomposição do *processo de trabalho* da ACS construída na Oficina Síntese.

Figura 1 - Recomposição do processo de trabalho



A ACS elege como *finalidade do processo de trabalho* a melhoria da qualidade de vida do usuário, entendendo que o fato de o usuário ter esquizofrenia limita as possibilidades de transformação dessa realidade.

A ACS vê a situação de um *usuário de 56 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, que grita, come fezes, quebra as coisas dentro de casa* e entende que isso é passível de mudança (*objeto de trabalho*).

Para tanto, ela se propõe a entender melhor a situação vivenciada pelo usuário em seu contexto e articula os seguintes *instrumentos*: visita, olhar diferenciado da equipe, orientação para a cuidadora, auxílio no uso das medicações, agenciamento de apoio matricial do CAPS junto à equipe. Com esta compreensão e *finalidade*, movimenta-se para transformar essa situação.

A ACS entende as características do usuário. Nesta situação não seria possível, por exemplo, colocar como produto desse processo de trabalho, uma pessoa que passasse a ter comportamentos dentro de um padrão de normalidade, aceito socialmente.

Essa construção durante a análise coletiva foi importante para recortar o *objeto* de intervenção e compreender os limites para as transformações ao idealizar o produto do trabalho.

Quando um ACS entende as características do *objeto* e *projeta um produto* baseado em suas potencialidades, consegue estabelecer *instrumentos* e guiar o processo para que essa transformação aconteça.

Ora, por mais esforço e comprometimento que um ACS possa ter, não consegue transformar e enquadrar uma pessoa com essas características num padrão de normalidade estabelecido, fazendo com que não ouça mais vozes ou estabeleça relações de trabalho dentro da lógica do modo de produção capitalista. Seria o mesmo que querer transformar um pedaço de madeira em um pedaço de pão.

O *produto do processo de trabalho* do ACS que respeita as características constitutivas de um usuário esquizofrênico é uma pessoa que agora fica vestida quando recebe visita, não quebra mais as coisas dentro de casa e deixa tudo em ordem, vive num local mais humanizado e respeita os cuidados da cuidadora.

A ACS entende que é responsabilidade da equipe de PSF atender um usuário que não demonstra vontade ou não consegue fazer acompanhamento de saúde mental fora de casa.

Essa situação demonstra a importância central da Atenção Básica e exemplifica inúmeras situações vividas pelas equipes de PSF, de forma geral, quando atendem usuários da saúde mental de complexidade compatível com o nível de atenção oferecida pelos CAPS, mas que não comparecem àquele serviço. Com isso as equipes da atenção básica devem se instrumentalizar para realizar o atendimento e chamar os demais serviços para realizar os cuidados no território.

Muitas vezes, ele fez acompanhamento no CAPS, aí deixou de fazer porque a cuidadora não conseguia tirar ele de dentro de casa, tinha momentos que ele dizia que não ia e não ia mesmo, ela não tinha força pra tirar de dentro de casa. Aí deixou o acompanhamento com o doutor. Aí a equipe começou a acompanhar (ACS).

A ACS se permitiu conhecer o usuário para além do diagnóstico psiquiátrico e a loucura passou a ocupar outro espaço no entendimento que ela tinha sobre ele, não mais de perigoso, imprevisível, suspeito. A doença ainda aparece como determinante das atitudes bizarras desse usuário, mas em nenhum momento as ações incompreensíveis para a ACS tornou-se motivo para ela propor uma ação discriminatória ou segregadora para esse sujeito. Pelo contrário, a concepção humanizada sobre o sofrimento desse usuário e seu entorno social (*objeto de trabalho*) permitiu que fossem realizadas ações para melhorar as suas condições de vida e da casa onde ele morava (*produto possível do processo de trabalho*).

O ACS que elege como *objeto de trabalho* um homem com diagnóstico de esquizofrenia, compreendendo-o enquanto um sujeito de direitos, coloca *instrumentos* a favor de um atendimento humanizado e pautado pela Reforma Psiquiátrica. Essa é uma práxis criativa.

Considerações finais: o método como instrumento de apropriação do processo de trabalho

Compreende-se aqui que uma pesquisa deve alimentar as atividades de ensino, deve nascer da inserção no real e ter os objetivos do estudo

definidos como consensos mínimos deste encontro. Importante destacar que a pesquisa é uma constante busca e seus resultados são sempre inacabados e provisórios.

Espera-se que o relato dessa experiência possa fomentar possibilidades de novos estudos, bem como processos de formação para equipe de saúde. Entende-se aqui que as Oficinas realizadas possuem grande potência para que os trabalhadores possam se apropriar de seus processos de trabalho.

A particularidade teórica e prática essencial e que dá o sentido emancipatório à pesquisa participante é a *definição coletiva e participativa dos objetivos a serem alcançados*.

A enunciação coletiva das necessidades, a reflexão sobre o contexto e a realidade local, bem como o exercício da implicação praxica para as superações e transformações futuras deve ser sustentada de forma intransigente pelas lideranças e por todas as pessoas envolvidas no processo de produção de saberes populares e científicos.

A pesquisa participante pode ser uma estratégia importante para uma formação crítica, apropriação de saber e apropriação do fazer consciente a favor de uma práxis criativa. Essa pesquisa participante possibilitou que os sujeitos envolvidos pudessem ter consciência de seu fazer, a partir de uma necessidade a ser transformada. Apropriaram-se de seus instrumentos de trabalho e puderam perceber a potência de seu fazer na transformação do objeto eleito.

Referências

1. Lucena FS. O que pode um agente comunitário de saúde? Processo de trabalho em saúde mental na atenção básica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o Diálogo necessários. Ministério da Saúde. Brasília Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. Brasília; 2003.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica: Saúde Mental, 34. Brasília, 2013.
4. Barros MMMA, Chagas MIO, Dias MAS. Saberes e práticas do Agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Cienc & Saude Colet*. 2009; 14:227-32.
5. Cardoso AVM, Reinaldo AMS, Campos LF. Conhecimento dos Agentes comunitários de saúde sobre transtorno mental e de comportamento, em uma cidade de Minas Gerais. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(02):235-43.
6. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos Agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):567-72.
7. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa* 2005; 31(3):443-66.
8. Cordeiro L. Pesquisa-ação na área da saúde: uma proposta marxista a partir de revisão de escopo [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.
9. Brandão CR. Pesquisar - Participar. In: *Pesquisa Participante*. org. Brandão CR. ed. Brasiliense, 6ª edição, 1986.
10. Oliveira MD; Oliveira RD. Pesquisa Social e Ação Educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa Participante*. Brasiliense, 6ª edição. São Paulo: 1986.
11. Freire P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa Participante*. Brasiliense, 6ª edição. São Paulo: 1986.
12. Borda OF. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: Brandão CR, organizador. *Pesquisa Participante*. 6 ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1986. p. 42-62.
13. Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

14. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São paulo: CEFOR; 1992.
15. Paro VH. Administração Escolar: introdução crítica. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2012.
16. Vásquez AS. Filosofia da Práxis. 2ª edição. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
17. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. [tese de doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
18. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Oficina de trabalho: instrumento de apropriação e reconstrução do saber e da prática de enfermagem em saúde mental. In: Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: A trajetória espaço-temporal; 2002 out 28-31; Águas de Lindoia. [CD-ROM] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
19. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Grupos de Educação Popular em Saúde: pesquisa-ação com pessoas trans^I em situação de rua

Eduardo Sodré de Souza^{II}
Luiza Hiromi Tanaka^{III}

Introdução

As pesquisas sobre a saúde das pessoas trans, em geral, justificam sua importância e demonstram resultados baseadas ou reforçando a fragilidade e vulnerabilidade em saúde dessas pessoas.

A sobreposição de estigmas, relacionados às condições de vida, como é o caso das pessoas trans em situação de rua, aumentam os riscos às doenças, tornando-as ainda mais vulneráveis.

Ao nosso ver, o arcabouço teórico desenvolvido sob esta argumentação fundamenta práticas de cuidados em saúde que se voltam às intervenções focadas, exclusivamente, na prevenção de doenças, principalmente às relacionadas às práticas sexuais.

Considerando-se as outras dimensões da vida dessas pessoas, também no que se refere às outras doenças que podem contrair ou desen-

I “Conceito “guarda-chuva” que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento” (JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre a população transgênero : conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: https://issuu.com/jaquelinejesus/docs/orienta__es_popula__o_trans. Neste texto, utilizaremos o termo pessoas trans para se referir às mulheres transexuais e travestis que participaram da pesquisa.

II Eduardo Sodré de Souza (eduardossouza@yahoo.com.br). Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Docente no Senac, São Paulo

III Luiza Hiromi Tanaka (luiza.hiromi1@gmail.com). Pós doutorado em Ciências. Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – EPE-UNIFESP

volver, e sobretudo, sobre as potencialidades relacionadas às suas vidas, podemos dizer que os modelos de cuidado vigentes, embora tenham sua relevância, enrijecem possibilidades de atuação profissional, cristalizam e reforçam estereótipos e atuam diretamente com a doença, perdendo a capacidade de construir caminhos pela via da saúde e suas potências.

Nesse sentido, explicitamos a nossa intenção em abordar aspectos do cuidado em saúde para pessoas trans em situação de rua com enfoque nas suas potencialidades, identificadas durante a pesquisa-ação desenvolvida com estas pessoas entre 2013 e 2017.

Suas vidas, transgressoras e avessas às normas cisgêneras socialmente vigentes, por seu *modus operandi* subvertem as lógicas de trabalho, moradia, sexualidade, gênero e tantas outras, conferindo-lhes um status com os quais nós, profissionais da saúde ou de áreas afins, podemos nos beneficiar e aprender, sobretudo no que se refere à construção de meios coerentes e viáveis de cuidado em saúde direcionados a estas pessoas.

O relato da nossa experiência nos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua, ao nosso ver, é ao mesmo tempo, um meio de cuidado em saúde e um processo de construção de meios, também transgressores ou subversivos e complementares às práticas focadas exclusivamente nas doenças.

Ou seja, a saúde como potência e vice-versa, no nosso caso, justificou a escolha da educação popular em saúde como técnica de pesquisa e meio de produção de cuidado a partir de uma perspectiva ampliada que propõe intervenções alternativas e complementares às existentes e de cunho exclusivamente curativista.

O objetivo deste capítulo é relatar a experiência de uma pesquisa-ação com enfoque no potencial reflexivo e transformador dos grupos de educação popular em saúde realizado com pessoas trans em situação de rua da região central do município de São Paulo.

Para isso, estruturamos o texto da seguinte forma: contextualização da pesquisa-ação com pessoas trans em situação de rua; apresentação dos grupos de educação popular em saúde e das reflexões que derivaram deste processo; e, por fim, teceremos algumas recomendações que podem ser úteis aos profissionais e serviços de saúde, principalmente no campo da saúde coletiva, no que se refere a utilização de metodolo-

gias participativas em contextos de pouco acesso e nos quais se podem promover (des)construções que envolvem as temáticas saúde e cuidado, sobretudo na interface com gênero, sexualidade, classe social, podendo, essa reflexão, ser ampliada para outras intersecções e contextos.

Contextualizando a pesquisa-ação com pessoas trans e travestis em situação de rua

A pesquisa-ação é uma prática social e política, pois tem como campo de atuação as relações de classe, de poder, de distribuição de recursos e os sistemas de decisão da sociedade¹

Segundo Thiollent²,

a pesquisa-ação é concebida como estratégia metodológica e conjunto de procedimentos, métodos e técnicas de pesquisa, com planejamento e avaliação de ações concretas em diversos setores da realidade, assegurando a participação ativa dos atores interessados e a geração de um conhecimento apropriado às necessidades dos atores e adequado às situações.

A partir dessas definições, podemos dizer que a pesquisa-ação, que desenvolvemos com pessoas trans em situação de rua, representou uma escolha metodológica, ética e política coerente com as demandas e contexto no qual ocorreu.

Essa pesquisa ocorreu entre março de 2013 a fevereiro de 2017 e, durante este percurso, foram desenvolvidas diferentes ações, a maioria delas se concentrara na região central, mais especificamente na região conhecida como “Baixada do Glicério”^{IV}.

IV “O Glicério, também conhecido como Baixada do Glicério ou Várzea do Glicério, é um bairro do centro de São Paulo, situado às margens do rio Tamanduateí. Seu nome é uma homenagem a Francisco Glicério, político paulista. Situado no distrito da Liberdade, historicamente era conhecido no século XIX como Várzea do Carmo, por causa da Igreja do Carmo e da Rua do Carmo. É uma região que abriga uma população, em sua maioria, de baixa renda. Possui edifícios residenciais antigos, muitos abrigando cortiços, além de pequenas indústrias e comércio local. Suas ruas principais são: a rua dos Estudantes com suas pensões, a rua Conde de Sarzedas, que abriga o maior centro comercial evangélico da cidade, a rua do Glicério com a Igreja Nossa Senhora da Paz, uma paróquia pessoal dos imigrantes aos cuidados dos padres da Congregação dos Padres Scalabrianos. Tem o Templo da Glória de Deus da Igreja Deus é Amor, grande reduto dos cristãos neopentecostais”. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Glicério_\(bairro_de_São_Paulo\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Glicério_(bairro_de_São_Paulo)). Acesso em 24/01/2017

Nessa região convive grande parte do total estimado de 15.905 pessoas, que representam a população em situação de rua do município de São Paulo, incluindo as pessoas trans, cujos dados específicos não existem³.

Segundo relatos das pessoas trans que participaram da pesquisa, essa região reúne características, sociais, políticas e econômicas que garantem sua sobrevivência. Está é uma justificativa por estarem em maior número nesta e outras regiões do município com as mesmas características e recursos.

Trata-se de um território proibido, subversivo e interdito^{4,5} com implicações importantes sobre a saúde e vida das pessoas trans em situação de rua. Nesse mesmo espaço há uma rede abastecida de serviços de saúde, no entanto, ainda é precária uma abordagem efetiva e compatível com as reais necessidades delas.

Considerando o objetivo deste capítulo, apresentaremos, a seguir, o conjunto de ações que compôs essa pesquisa a fim de possibilitar uma leitura contextualizada. No entanto, nos dedicaremos a apresentar um relato de experiência sobre uma dessas ações, que foi o grupo de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua.

As ações da pesquisa-ação foram:

- Café com Saúde;
- Grupos de Educação Popular em Saúde;
- Arte performática;
- Grupos Focais;
- I Seminário *A Cor da Rua*;
- Reuniões com Coordenação de Políticas LGBT;
- Visita técnica com alunos de enfermagem e podologia do Senac São Paulo;
- Formação básica em Primeiros Socorros para profissionais do centro de convivência;
- Visita à Exposição “Mem de Sá 100”;
- Redação de capítulo do livro “COM-Unidade”;
- Estágio Sanduíche na Universidade Brighton;

- Organização da visita da Professora Katherine Johnson (Universidade de Brighton) ao Brasil;
- I Seminário Cuidado em Saúde: travestis em situação de rua;
- Entrevistas individuais (bola de neve);
- Participação em eventos científicos;

Educação Popular em Saúde – aspectos teóricos e práticos.

O processo de planejamento, execução e avaliação dos grupos de educação popular em saúde, durante a pesquisa-ação com pessoas trans em situação de rua teve como referências as propostas de Paulo Freire⁶ e princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS⁷.

A PNEPS define a educação popular como

práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão⁷ (p.9 – grifo nosso).

Alinhamos-nos com essa definição, sobretudo, no que se refere ao interesse por práticas que privilegiam trocas e construções de saberes, tendo em vista o incremento da consciência crítica sobre a realidade. Acreditamos que a possibilidade de ações e posições plurais contribui com a emancipação das pessoas e estimulando-as romper com lógicas opressoras e violentas do cotidiano.

Os componentes políticos e pedagógicos referentes aos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans nos chamou a atenção sobre as advertências de Freire⁶, principalmente, no que se refere a his-

toricidade e potencial transformador das pessoas imersas neste processo emancipatório.

Isto quer dizer que, para que as ações desenvolvidas se concretizassem foi fundamental o (re)conhecimento do acúmulo de experiências e saberes das pessoas trans em situação de rua que participaram da pesquisa. Esta foi uma das razões pelas quais optamos por uma prática que privilegiasse o fazer “com” e não exclusivamente “para” ou “sobre” as pessoas.

A seguir, apresentaremos alguns aspectos operacionais dos grupos de educação popular em saúde que viabilizaram os resultados que descreveremos no final deste capítulo.

Sobre os grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua

Os grupos de educação popular em saúde foram encontros semanais que reuniam pessoas trans em situação de rua, profissionais da saúde, profissionais do centro de convivência e, eventualmente, outras pessoas que também frequentavam aquela instituição.

Esta ação surgiu a partir da necessidade de discutir situações cotidianas, que geralmente ocorriam naquele e em outros espaços de convivência, nos quais frequentavam pessoas trans em situação de rua. Nesses encontros foi possível empenhar diálogos entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas das pessoas trans e profissionais daquele serviço⁸.

Para isso, as pessoas trans e a coordenação daquele serviço sinalizaram o interesse em retomar os grupos em um formato parecido ao “Café com Saúde”, que já conheciam e consistia em encontros semanais realizados pela equipe de estratégia de saúde da família (ESF), da qual um dos autores deste capítulo fazia parte. O intuito era discutir com as pessoas trans cadastradas por essa equipe temas relacionados à sua saúde.

A experiência prévia no “Café com Saúde” forneceu subsídios importantes para o planejamento, execução e avaliação dos grupos de educação popular em saúde na fase exploratória desta pesquisa-ação².

Foi neste contexto que pudemos nos reaproximar da realidade das pessoas trans em situação de rua e da dinâmica do centro de convivência a qual frequentavam. Ao mesmo tempo, a pesquisa-ação foi se consolidando e, durante o seu desenvolvimento, pôde se fortalecer tanto na teoria como na prática.

No que se refere à organização, os grupos resultaram em dois blocos distintos e complementares, cada qual teve um planejamento prévio definido no primeiro encontro.

Geralmente, o convite para a participação nos grupos era feito pelas pessoas que os mediavam e reforçado pela equipe de profissionais nos encontros diários no centro de convivência. As pessoas que integravam os grupos tinham um papel importante na indicação de novas participantes.

A preparação do espaço onde originaram os grupos era, inicialmente, feita pelas pessoas que mediavam os diálogos nesses encontros. Aos poucos, percebemos o interesse e envolvimento assíduo de algumas pessoas trans para participar desta atividade.

Na maioria das vezes os grupos se reuniram na biblioteca daquele centro de convivência, mas houve alguns encontros nos espaços abertos deste serviço. Os recursos utilizados nesses encontros foram: cadeiras, aparelho de som portátil, materiais de papelaria e, algumas vezes, a depender da atividade utilizávamos mesas.

Utilizamos gravador de áudio para que pudéssemos registrar todos os encontros. Esse procedimento recebeu a aprovação de todas as pessoas que participaram dos grupos.

Os grupos tinham duração média de duas horas e ocorriam com frequência semanal. Conforme decisão do grupo nos coube o papel da mediação desses encontros.

Ao final de cada grupo apresentávamos uma síntese, contendo os pontos apreendidos, os quais eram validados com as pessoas que participavam do encontro. Esse momento utilizamos também para consultar as pessoas sobre o planejamento do encontro seguinte.

Semanalmente, antes da realização dos grupos, reuníamos com a assistente social, orientadora social e, algumas vezes, com a coordenação

do serviço, para avaliar o encontro realizado, planejar os encontros futuros e fazer os encaminhamentos necessários.

Apresentaremos no quadro a seguir (**Quadro 1**) a quantidade de encontros e os respectivos temas que compuseram cada um dos blocos. O segundo bloco foi resultado do interesse pela continuidade dos encontros demonstradas pelas pessoas que participaram do primeiro bloco.

Quadro 1. Relação de temas desenvolvidos nos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua.

PERÍODO	TEMAS
Bloco 1 (outubro de 2012 a janeiro de 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento das necessidades – coordenação • Apresentação da proposta de grupos semanais e de desfile • Identificação de temas de interesse • Roda de conversa sobre saúde, qualidade de vida e autoestima • Roda de conversas sobre abuso de substâncias psicoativas e saúde mental; violência e transfobia • Organização de desfile – coreografia/cenografia (ensaios) • Avaliação dos grupos e desfile
Bloco 2 (Abril a Julho de 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde • Roda de conversa sobre preconceitos • Roda de conversa sobre violência • Roda de conversa sobre o trabalho (prostituição). • Roda de conversa sobre respeito às diversidades da rua – étnica, religiosa, geracional, sexual, gênero • Roda de conversa sobre participação popular – participação de representante do Movimento Nacional de População em Situação de Rua • Levantamento inicial de ideias para interlocução com o poder público • Avaliação da programação do semestre

Fonte: próprios autores

Na próxima seção descreveremos os grupos de educação popular em saúde conforme os objetivos delineados em cada um dos blocos apresentados.

Descrição dos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua

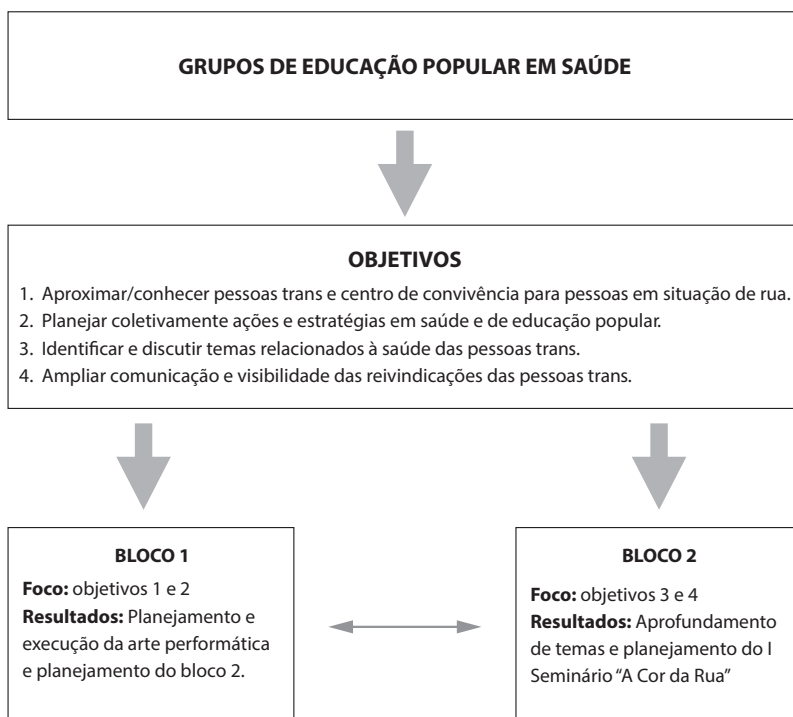
Conforme apresentamos no quadro anterior (**Quadro 1**) o conjunto de ações desenvolvidas se deram em dois momentos diferentes: o primeiro entre outubro de 2012 e janeiro de 2013 e o segundo entre abril e julho de 2013.

Com exceção do primeiro encontro do bloco 1, que aconteceu externamente ao serviço e teve como objetivo levantar junto à coordenação as necessidades dos serviços, todos os outros encontros se realizaram no centro de convivência Associação Minha Rua Minha Casa (AMRMC), localizado sob o viaduto do Glicério na região central.

De modo geral, os encontros visavam a estimular reflexões entre as pessoas trans em situação de rua, profissionais e conviventes do serviço sobre temas relacionados à suas condições de saúde.

A figura a seguir (**Figura 1**) apresenta esquematicamente o processo de planejamento, execução e avaliação dos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua, bem como os objetivos definidos para cada um dos blocos.

Figura 1. Representação esquemática do processo de planejamento, execução e avaliação dos grupos de educação popular em saúde com pessoas trans em situação de rua.



Fonte: próprios autores

No primeiro bloco de atividades, desenvolvidas junto a pessoas trans e profissionais do centro de convivência, definimos os objetivos 1 e 2, conforme demonstrado na figura anterior.

Com o intuito inicial de conhecer a realidade do serviço e aproximar das pessoas trans em situação de rua, procedemos visitas conforme previsto no primeiro objetivo.

Nesses encontros de aproximação foram possíveis diálogos sobre interesses, visões e possibilidade de projetos em conjunto.

Neste percurso inicial, fomos convidados por uma orientadora social da instituição a apoiar uma ação em curso. Tratava-se de um desfile que estavam planejando junto “às meninas” (modo de se referir às pessoas trans que frequentavam aquele serviço).

Tendo como base as demandas levantadas pela coordenação e identificadas no convívio inicial com as pessoas trans daquele espaço fizemos sugestões em relação à proposta inicial do desfile. Ou seja, discutimos sobre a possibilidade de comunicarmos as reivindicações das pessoas atraídas por meio das performances que apresentariam.

Com essa sugestão, nos disponibilizamos para contribuir com discussões, sobretudo na área da saúde, que pudessem estimular reflexões que subsidiassem ações de caráter reivindicatório esperados para o desfile.

Nossa participação foi sendo orientada pela dinâmica do processo e necessidades que identificávamos a partir do convívio e dos encontros com as pessoas envolvidas no desfile.

Durante o planejamento coletivo, conforme consta no objetivo 2, discutimos a importância de aproveitarmos os encontros para discussão de temas que interessavam às pessoas trans.

Os temas identificados e discutidos foram: homofobia/transfobia, racismo, invisibilidade, nome social, respeito e dificuldades que algumas pessoas trans vivenciam naquele serviço.

Questões de ordem subjetiva também eram discutidas. No caso de situações pessoais de comprometimento da saúde, fazíamos o encaminhamento para os serviços de referência.

Aos poucos, o que deveria ser apenas um desfile, passou a ser denominado de arte performática^V, pelo caráter reivindicatório e sistemático que assumiu.

Neste percurso, passamos a apoiar também alguns aspectos logísticos da ação: preparativos em relação à coreografia, cenário, figurino, soneoplastia e captação de recursos humanos, físicos e materiais.

V Esta atividade aconteceu em dezembro de 2012 e teve como objetivo promover visibilidade das pessoas trans que conviviam no centro AMRMC. Fez parte da programação de feira de trocas solidárias que realizava mensalmente naquele espaço. O evento foi aberto e contou com a participação de conviventes, comunidade externa (vizinhança, profissionais de saúde, assistência social, estudantes e professores universitários, movimentos da população LGBT, etc.)

Houve dificuldade de abordagem de alguns temas (abuso de substâncias psicoativas e saúde mental; violência e transfobia; e autoestima) provavelmente pelas experiências individuais de cada participante. Estrategicamente realizamos uma sessão de fotos, a partir da qual foi possível aproximar e discutir estes temas, sobretudo na relação com a saúde.

Os últimos encontros, quando já se aproximava a realização da arte performática, foram dedicados aos ensaios das coreografias, seleção de músicas, figurino, criação de cenário e outros aspectos de importância para o evento. Tais atividades foram decididas e desenvolvidas coletivamente entre as pessoas trans, mediadores dos grupos e profissionais do centro de convivência.

Nos intervalos entre um grupo e outro, éramos informados do empenho das pessoas envolvidas, incluindo parcerias que foram articuladas para o planejamento e organização do evento (representante do conselho municipal LGBT; feira de trocas solidárias; membros da comunidade do entorno; e conviventes do centro de convivência).

A apresentação da arte performática deu-se como parte da programação da feira de trocas solidárias que ocorria mensalmente naquele serviço. Mais de trezentas pessoas, que passaram pela feira (expositores, convidados, comunidade do entorno, conviventes e profissionais do centro de convivência e outras pessoas), ocasião na qual puderam prestigiar a ação desenvolvida pelo grupo de pessoas trans daquele espaço.

O caráter reivindicatório, principal objetivo da arte performática, constituiu o conjunto da ação, ficando evidente em relação à escolha das músicas, composição do figurino, cenário e coreografias.

Na avaliação desse bloco de atividades desenvolvidas (bloco 1) as pessoas que participaram deste processo de construção e reflexão sugeriram a continuidade dos grupos de educação popular em saúde sob a alegação da importância deles para o fortalecimento individual e coletivo.

Essa avaliação resultou em um compromisso coletivo para planejamento do segundo bloco de encontros cujos focos foram os objetivos 3 e 4, demonstrados na **Figura 1**.

No bloco 2 foi possível aprofundar alguns temas discutidos no bloco anterior e inserir novos. A identificação dos temas se deu no primeiro encontro desse novo ciclo, mas também durante o processo.

Embora o formato dos grupos fosse o mesmo que o anterior, a decisão do grupo era que diversificássemos o público para ampliar a discussão para outras pessoas que frequentavam aquele serviço e que não se identificavam como trans (homens e mulheres cisgêneros/as). Contudo, ressalvas foram feitas em relação à garantia de espaços “fechados” para discussões de temas específicos das pessoas trans.

Com essa ampliação observamos o aumento expressivo da quantidade de participantes, a maioria homens cisgêneros cujas participações contribuíram muito para a qualidade das discussões.

Os temas que discutimos neste ciclo foram: definição de saúde; violência; preconceitos; discriminação; respeito no meio LGBT; dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência social; trabalho (prostituição); respeito às diversidades da rua – étnica, religiosa, geracional, sexual, gênero.

Optamos por diversificar as abordagens na medida em que sentíamos essa necessidade. Em alguns encontros lançamos mão de músicas e desenhos como disparadores das discussões.

A articulação com membros do Movimento Nacional de População em Situação de Rua e ações integradas com atividades de arteterapia que aconteciam naquele espaço também foram estratégias que utilizamos para introduzir ou aprofundar alguns temas.

O acúmulo de questões, denúncias e reivindicações provenientes dos encontros de ambos os blocos estimulou as pessoas a ampliarem ainda mais essas discussões. Elas alegavam que o debate somente com conviventes do centro de acolhida já não era mais suficiente. Nas palavras delas, era preciso “mostrar para quem pode resolver” (os problemas) e dizer: “olha, nós existimos!”

A partir dessa inquietação coletiva, atrelada ao objetivo 4, estimulamos o grupo a sistematizar tais conteúdos com o intuito de comunicá-les de forma que pudessem ser ouvidos e provocar algum impacto.

Em um breve levantamento com as pessoas do grupo, identificamos possíveis interlocutores: representantes do governo municipal, do serviço de saúde, assistência social e movimentos sociais.

A partir desse levantamento, propusemos a realização de dois grupos focais para seleção e sistematização dos conteúdos que melhor comunicassem as reivindicações daquelas pessoas.

Simultaneamente, organizamos o “I Seminário A Cor da Rua” que reuniu duas pessoas da Secretaria Municipal de Direitos Humanos (representantes da Coordenação de políticas LGBT e de políticas para população em situação de rua); um coordenador de serviço de acolhida para mulheres trans; uma travesti representando a Comissão de Combate a Homofobia da Ordem dos Advogados do Brasil e Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); e uma mulher trans em situação de rua eleita pelo grupo como sua interlocutora.

Este seminário que emergiu dos grupos de educação popular em saúde aconteceu na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e teve como objetivo discutir com esses representantes, comunidade acadêmica e profissionais envolvidos com a temática, situações relacionadas à saúde física e mental das pessoas trans em situação de rua.

Os grupos de educação popular em saúde com essas pessoas não tiveram continuidade devido ao encerramento das atividades oferecidas naquele centro de convivência. Esse fator culminou no afastamento geográfico da maioria dessas pessoas, sobretudo as pessoas trans em situação de rua, inviabilizando a continuidade das discussões.

A seguir, finalizamos este capítulo tecendo algumas reflexões e recomendações que podem contribuir para o cuidado em saúde das pessoas trans em situação de rua.

Reflexões sobre os grupos de educação popular em saúde desenvolvidos com pessoas trans em situação de rua

Embora a realidade das pessoas trans em situação de rua denote condições precárias de vida e saúde, sobretudo no que se refere ao acesso

aos meios para a mudança deste cenário, podemos afirmar que esta realidade preserva peculiaridades que podem ser consideradas potenciais de transformação.

A experiência com os grupos de educação popular em saúde, como práxis política e pedagógica^{6,7} promoveu encontros transformadores⁹ a partir dos quais a participação, o diálogo e tomada de decisões foram estimulados e realizados de forma solidária, afetiva e respeitosa, mas também tecnicamente.

Ou seja, durante o processo de formação e execução dos grupos foi possível identificar, encaminhar e avaliar aspectos relacionados à saúde física e mental de pessoas trans em situação de rua e, com isso, apreender formas alternativas de cuidado compatíveis com a realidade das pessoas trans em situação de rua.

Para isso foi necessário que lançássemos mão de tecnologias leves, principalmente tecnologias relacionais¹⁰ a partir das quais foi possível identificar potencialidades e limites dessas pessoas, sobretudo nas situações nas quais tratávamos de assuntos complexos e de difícil abordagem.

Sobre esses limites, que para o pesquisador foram desafios, ressaltamos a necessidade de estabelecimento de contornos nas relações a fim de assegurar ambiente seguro e confiável no momento de estabelecimento de vínculos. Esses contornos nos ajudaram a mediar situações conflituosas que surgiram naquele serviço.

De qualquer forma, a possibilidade de construir estratégias e desenvolver ações conjuntas com essas pessoas, além de fortalecer individual e coletivamente, abriu possibilidades para que pudéssemos vislumbrar novas perspectivas e ampliar o debate para outras instâncias.

O fortalecimento e visibilidade contribuíram para que novos projetos fossem empreendidos e, como base nas experiências anteriores, pudessem ser articulados com redes de apoio para sua efetivação.

As mudanças observadas, especialmente em relação às reivindicações das pessoas trans (nome social, uso de banheiros, microviolências cotidianas vivenciada nas relações com outras pessoas que conviviam no serviço, etc.), evidenciaram a relevância e o potencial do trabalho em grupo de educação popular em saúde com essa população.

Considerando que o desenvolvimento de consciência crítica não é um processo linear e estanque, os grupos de educação popular em saúde ofereceram condições reais para que populações de difícil acesso, como podemos considerar as pessoas trans em situação de rua, pudessem experimentar níveis diferentes de participação¹².

Os grupos de educação popular cumprem um importante papel na área da saúde, especialmente na área de Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo que atua contribuindo e complementando os modelos de cuidado vigentes, questiona e adverte para a necessidade de reformulações, principalmente no que se refere ao cuidado focado na doença ou fragilidades.

Referências

1. Duque-Arazzola LS; Thiollent M. João Bosco Guedes Pinto: Metodologia, Teoria do Conhecimento e Pesquisa-Ação - Textos Selecionados e Apresentados. Belém: ICSA, 2014, 347p.
2. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez, 2011.
3. Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo. Secretaria de Assistência Social/SAS - Fundação e Instituto de Pesquisa Econômica - FIPE. São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf. Acesso em 09 de maio de 2015.
4. Silva, JM (org). Geografias subversivas: discursos sobre espaço, gênero e sexualidades. Paraná: Todapalavra, 2009.
5. Silva JM; Ornat, MJ. Espaço urbano, poder e gênero: uma análise da vivência travesti. Revista de Psicologia da UNESP 9(1), 2010. 83-95
6. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. - Brasília: Diário Oficial da União. 2013b. Acesso em: 20/01/2014. Disponível em: <http://pesquisa>.

in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/11/2013&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=168.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
9. Alvarez AMS; Alvarenga AT; Ferrara NF. “O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo”. *Psicologia & Sociedade*; 16 (3): 47-56; set/dez.2004.
10. Merhy EE & Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
11. Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation; *JAIP*, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224. Disponível em: <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>. Acesso em 25/janeiro de 2017

Pesquisa em sistemas de saúde: a experiência de utilização de métodos participativos para a implementação de políticas de saúde no município de Franco da Rocha, São Paulo

Sonia Isoyama Venancio^I
Maritsa Carla de Bortoli^{II}
Tereza Setsuko Toma^{III}

Introdução

Um dos maiores desafios para o aprimoramento dos sistemas de saúde é a incorporação de evidências científicas que demonstram a efetividade de intervenções e sua implementação no mundo real. Nesse contexto, a pesquisa em sistemas de saúde é crucial para enfrentar esse desafio, fornecendo uma base para a tomada de decisão alicerçada em evidência, considerando as especificidades dos contextos locais¹.

Pode-se observar que o simples acesso à informação não é capaz de alterar o comportamento humano. Muitas intervenções voltadas para a mudança do comportamento relacionado à saúde, por exemplo, nas campanhas de meios de comunicação de massa destinadas a aumentar

-
- I Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde- SES/SP.
- II Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, Doutora em Ciências dos Alimentos – Nutrição Experimental, diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias para o SUS-SP, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- III Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica; Doutora em Nutrição em Saúde Pública; Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP e Coordenadora do Núcleo de Evidências, do Instituto de Saúde; e Coordenadora do Grupo de Trabalho Avaliação de Tecnologias em Serviços de Saúde, da REBRATS.

o consumo de frutas e vegetais, não alcançam os resultados esperados porque a ação humana não se dá apenas por reflexão e sim por padrões de repetição adquiridos ao longo do tempo. Ou seja, na nossa experiência humana, os comportamentos altamente rotineiros, incluindo o que e quando comemos, são difíceis de mudar. É interessante observar que embora seja crescente o número de publicações sobre o tema da obesidade, esse agravo à saúde também é crescente em nosso meio, reforçando a ideia de que a produção de conhecimento por si só não é capaz de gerar as mudanças necessárias².

Considerando que apenas a disponibilização de informação não é suficiente para alterar comportamentos humanos, no campo da saúde, tem ganhado eco nas últimas décadas a ciência da implementação, que é entendida como o estudo de métodos e estratégias para promover a integração efetiva dos resultados de pesquisa, ou seja, da informação científica sobre saúde, com as políticas e as práticas de saúde. Para tanto, a ciência da implementação entende que o comportamento dos atores envolvidos em uma problemática é uma variável chave na aceitação sustentável, adoção e implementação de intervenções baseadas em evidências³.

Melvin e Kathleen³ apontam que a ciência da implementação considera os recursos existentes no sistema, as características da inovação que se quer implementar e as características do ser humano que adotará a inovação. Em relação aos recursos do sistema mencionam tempo disponível, monitoramento e feedback, e implicações das avaliações a serem recebidas. Em relação às características da inovação citam a baixa complexidade, vantagem em relação a outras inovações e a compatibilidade. Em relação às características do ser humano que adotará a inovação mencionam suas necessidades, motivações, valores e objetivos, competências e estilo de aprendizagem. Os autores ressaltam, ainda, que a pesquisa de implementação não se confunde com a difusão da informação nem com a disseminação da informação e tampouco com a pesquisa sobre disseminação da informação. Entendem que a difusão da informação é um processo de caráter mais passivo pelo qual um programa ou produto é absorvido; que a disseminação consiste na distribuição ativa e direcionada de informações e intervenções para um público específico de saúde pú-

blica ou prática clínica através de canais determinados usando estratégias planejadas; e que a pesquisa sobre disseminação da informação aborda como as informações sobre intervenções de promoção e cuidados de saúde são criadas, transmitidas e interpretadas por vários públicos. Por outro lado, a ciência da implementação busca compreender o comportamento da população, dos profissionais de saúde, dos pacientes e de outras partes interessadas como uma variável chave.

O interesse na pesquisa de implementação está crescendo, em grande parte, em reconhecimento sobre as contribuições que pode fazer para maximizar o impacto benéfico das intervenções de saúde. Trata-se de um campo relativamente novo e, até recentemente, bastante negligenciado no setor da saúde.

A pesquisa de implementação envolve uma ampla gama de intervenções em um sistema de saúde, tais como políticas, programas, bem como práticas e serviços individuais destinados a melhorar a saúde das pessoas. Independentemente da forma como essas intervenções funcionam, seja por meio da prevenção de doenças, promoção de boa saúde, tratamento e/ou cuidados paliativos, a pesquisa sobre sua implementação é crucial para entender como elas funcionam no mundo real¹.

Esse tipo de pesquisa requer o envolvimento de diversas partes interessadas e disciplinas múltiplas, a fim de enfrentar os complexos desafios de implementação que enfrentam. Sob o ponto de vista metodológico, utiliza uma ampla variedade de abordagens e disciplinas de pesquisa. Embora não seja possível delimitar precisamente um conjunto de “métodos de pesquisa de implementação”, certas abordagens e desenhos de pesquisa – incluindo ensaios pragmáticos, ensaios híbridos de eficácia-implementação, estudos de melhoria de qualidade e pesquisa de ação participativa – são particularmente úteis porque geram inteligência acionável, são bons em capturar as sutilezas do contexto ao longo do tempo e oferecem a flexibilidade iterativa necessária para responder às mudanças. Embora tais ferramentas sejam vitais, é importante ter em mente que, na pesquisa de implementação, a “questão é rei”, ou seja, é a questão que determina o método utilizado. As questões de pesquisa de implementação, muitas vezes, são complexas, refletindo a grande variedade de fatores contextuais que podem influenciar a implementação,

produzindo efeitos imprevisíveis e exigindo uma adaptação contínua pelos implementadores. Abraçar essa complexidade requer uma flexibilidade considerável por parte dos pesquisadores, particularmente em relação à natureza complexa e dinâmica do assunto em estudo.

A fim de facilitar o processo das pesquisas em implementação, vários modelos teórico-conceituais são propostos, porque o uso desses instrumentos generaliza os resultados, entregando uma arquitetura sintética, ou seja, um resumo explícito, com explicações de fenômenos relacionados à implementação, buscando promover o progresso e facilitar o entendimento comum. Esses guias facilitam a implementação pela identificação de determinantes, a seleção de estratégias e informam todas as fases do processo ajudando a enquadrar as questões de estudo e hipóteses motivadoras, ancorando a literatura de apoio, esclarecendo os elementos-chave a serem mensurados, relatando as relações a serem testadas e contextualizando os resultados⁴.

Em seu estudo, Birkin e colaboradores⁴ observaram que entre os envolvidos nos processos da ciência da implementação, os principais usos dos modelos teóricos estavam fundamentados na identificação dos conceitos-chave que poderiam servir de barreiras ou facilitadores do processo, para informar a coleta de dados, guiar o plano de implementação, melhorar a clareza conceitual, especificar o processo de implementação, desenhar a avaliação, propor a melhor análise, guiar a seleção de estratégias de implementação, especificar os resultados, esclarecer a terminologia, etc. Apesar de ainda não haver um instrumento único, os modelos teóricos existentes fundamentam-se em domínios comuns como a intervenção, os contextos interno e externo à intervenção, os atores envolvidos e o processo de implementação em si, e muitos são formulados de forma “caseira”, dentro das próprias instituições conforme a demanda.

O objetivo deste artigo é descrever e analisar a experiência resultante da parceria entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha à luz dos pressupostos da pesquisa de implementação.

Método

Trata-se de um relato de caso sobre a experiência de parceria entre o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha.

Seu ponto de partida é um documento síntese dos Trabalhos de Conclusão dos Programas de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva e em Avaliação de Tecnologias de Saúde, dos anos 2014 a 2016, que se referem aos trabalhos desenvolvidos junto ao município de Franco da Rocha, SP⁵.

O Instituto de Saúde (IS) é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), cuja missão consiste em produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social (<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>).

No tocante à formação de recursos humanos para o SUS, o Instituto de Saúde implementa desde 1979 o Programa de Bolsas para Aprimoramento Profissional, criado a partir do Decreto Estadual nº 13.919 de 11 de outubro de 1979, que consiste em uma formação profissional na área da saúde para recém-graduados em cursos universitários (exceto medicina, que possui Programa próprio de Residência Médica) (http://pap-saude.net.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=2&p_nanexo=6).

O Programa tem caráter interdisciplinar e os alunos recém-graduados recebem formação por um período de um ano, em regime de dedicação exclusiva e carga horária de 40 horas semanais, recebendo uma bolsa de estudo da SES-SP. As atividades desenvolvidas incluem um conjunto de disciplinas teóricas que são divididas em módulos (Ciências Sociais em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia; Pesquisa em Saúde e Educação e Saúde); a participação em projetos de pesquisa institucionais orientados por pesquisadores do Instituto de Saúde; e a confecção do Trabalho de Conclusão do Programa. Espera-se, que ao término da formação, os aprimorandos sejam capazes de se posicionar

criticamente em relação às políticas públicas de saúde, contribuindo para o fortalecimento do SUS no âmbito da pesquisa e dos serviços.

O desenvolvimento do projeto pedagógico privilegia a participação dos aprimorandos em projetos de pesquisa/implementação definidos a partir de demandas de gestores de sistemas municipais de saúde. Para lograr tal objetivo, o IS estabelece parceria com Secretarias Municipais de Saúde, a exemplo do que ocorreu anteriormente com Francisco Morato, Embu das Artes, Santos.

Por meio de uma consulta ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), as turmas de 2014, 2015 e 2016 desenvolveram, em conjunto com o município de Franco da Rocha, ações com o objetivo de apoiar o reconhecimento de necessidades e problemas de saúde por meio da análise, reflexão e identificação de alternativas para a resolução das dificuldades e demandas encontradas.

A seguir apresenta-se o relato da experiência. A identificação dos elementos constitutivos da pesquisa de implementação será realizada com base em questões norteadoras propostas no Guia sobre Pesquisa de Implementação em Saúde, publicado pela OMS em 2013, e no artigo de Peters, Adam e Alonge⁶.

Relato da experiência

A região de Franco da Rocha tem sua origem com o Povoado de Juqueri. Seu desenvolvimento iniciou-se com a construção da ferrovia São Paulo Railway e, em 1885, iniciou-se a construção do Hospital Psiquiátrico Juqueri, cujo funcionamento foi determinante para o progresso da região. Somente em 1944, torna-se um município autônomo e recebe seu nome atual. Em 2016, a população local estimada era de 147.650 habitantes. Nesse mesmo ano, a Atenção Básica era constituída por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 25 equipes completas de Estratégia Saúde da Família, além de três Academias da Saúde.

No primeiro ano, 2014, foi realizado um diagnóstico da situação de saúde da população local a partir de dados secundários disponibilizados pelos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde. Os resulta-

dos permitiram que fossem elencados pelos gestores locais três problemas de saúde prioritários: diabetes melito tipo 2, mortalidade materna e saúde mental.

Em 2015, utilizando-se da metodologia da EVIPnet Brasil e com base nas prioridades levantadas no ano anterior, foram elaboradas três Sínteses de Evidências para Informar Políticas de Saúde sobre os temas prioritários. Esses documentos disponibilizam as melhores evidências científicas para lidar com um determinado assunto, apresentando opções ou estratégias a serem implementadas, dependendo do contexto, sem incurrir uma escolha por meio de recomendação. Posteriormente, foram realizados três diálogos deliberativos com os gestores, profissionais de saúde e representantes do controle social do município, a fim de apresentar e discutir os materiais elaborados.

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/aceso-rapido/sinteseevidencias-mm.pdf>

Síntese de evidências para políticas de saúde: controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/12/diabetesmellitusWEB.pdf>

Reduzindo a prescrição inadequada e desnecessária de antidepressivos: uma síntese de evidências para política de saúde: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/sinteseevidencias_saudemental.pdf

Em sequência aos trabalhos realizados nos dois anos anteriores, a turma de aprimorandos de 2016 buscou, então, apoiar o processo de implementação das ações que foram selecionadas pelos gestores de Franco da Rocha, a partir das sínteses de evidências. No quadro a seguir, destacam-se as ações selecionadas para cada tema:

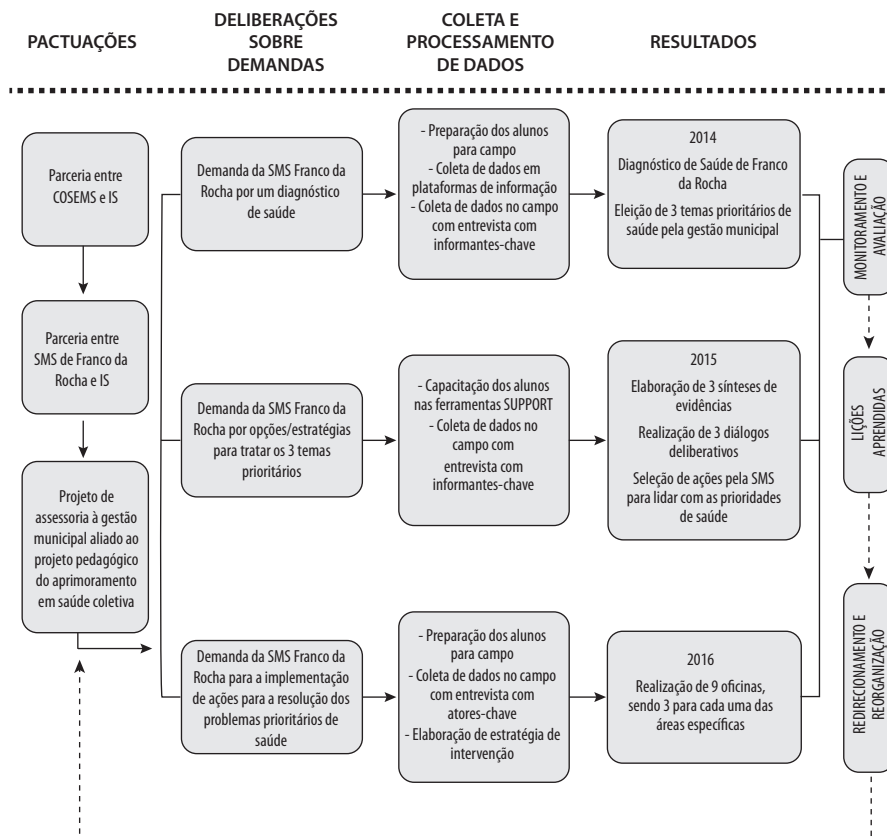
MORTALIDADE MATERNA: fortalecimento das ações voltadas ao planejamento reprodutivo, visando à redução da mortalidade materna;

DIABETES MELITO: fortalecimento de estratégias para a autogestão do paciente com DM2 e modificação da assistência ao paciente com DM2 por meio de intervenções combinadas;

SAÚDE MENTAL: ampliação da atuação de profissionais farmacêuticos e de outros membros da equipe multidisciplinar na qualificação das prescrições de antidepressivos realizadas pelos médicos e disponibilização de abordagens terapêuticas alternativas ao uso de psicotrópicos.

Com base nessa demanda, elaborou-se o modelo teórico para a execução da pesquisa de implementação de intervenção para abordar os três temas. A Figura 1, a seguir representa esse modelo:

Figura 1. Modelo de pesquisa de implementação voltado ao município de Franco da Rocha, 2017.



Foi realizada, então, uma contextualização das demandas dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os temas, por meio de entrevistas, observação de atividades nas unidades de saúde e observação de grupos educativos com usuários em cada um dos temas. Esse processo de contextualização permitiu a formulação de estratégias para a implementação das opções na rede local, apoiados pela literatura. Como intervenção prioritária, foram planejadas e realizadas oficinas de educação em saúde com os trabalhadores da região sobre cada um dos três temas, conforme o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Temas abordados nas Oficinas de Educação em Saúde no município de Franco da Rocha, 2017.

Tema	Oficinas
Saúde materna	Grupos Educativos
	Métodos Contraceptivos
	Assistência a adolescentes
<i>Diabetes melito</i>	Promoção da saúde em grupos educativos
	Promoção do autocuidado apoiado
	Estratégias de estratificação de risco e gestão de caso
Saúde mental	Papel dos Grupos e Educação em Saúde
	Reconhecendo e Planejando o Cuidado de Necessidades em Saúde Mental
	Promoção da Saúde Mental

Discussão

À luz da experiência relatada, busca-se identificar a presença de elementos constitutivos-chave da pesquisa de implementação. Parte-se do princípio que, para garantir a qualidade de uma pesquisa de implementação, idealmente a mesma deve ser alinhada com a necessidade, tanto no sentido de abordar as preocupações do público-alvo, e também responder às particularidades do assunto em estudo. A fim de garantir que a pesquisa de implementação esteja alinhada com a necessidade e seja de alta qualidade, é útil seguir um roteiro de perguntas-chave. No Quadro 2 estão relacionadas as perguntas sugeridas pelo Guia sobre Pes-

quisa de Implementação em Saúde^{1,7} com as respostas referentes à pesquisa no município de Franco da Rocha.

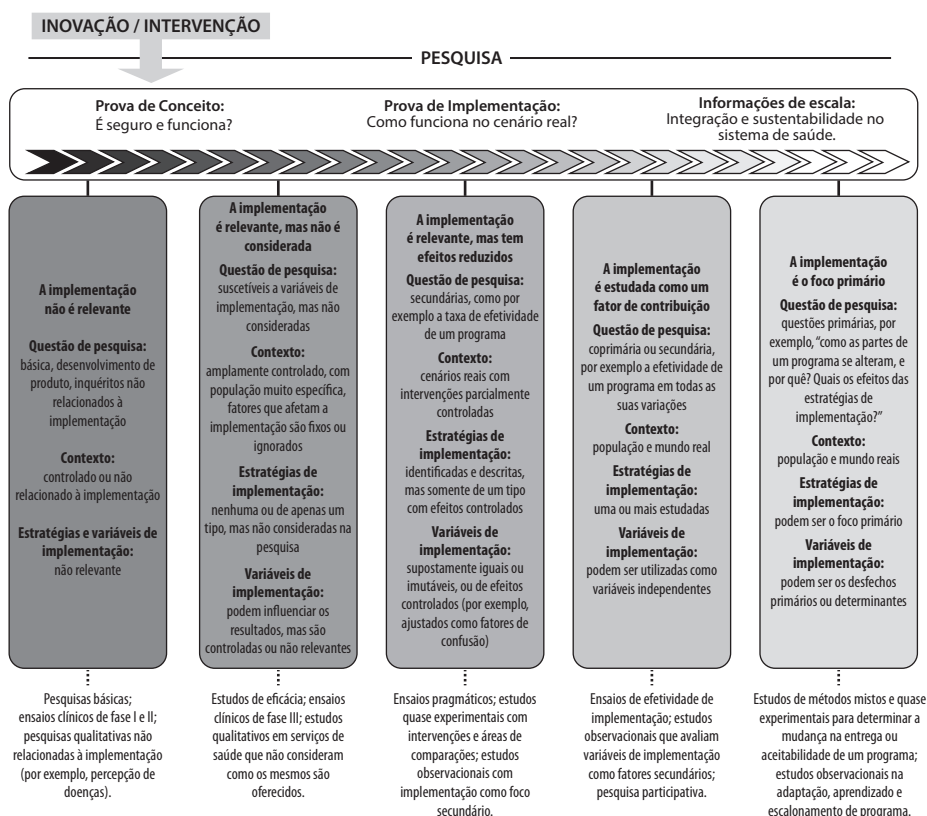
Quadro 2. Roteiro de questões do Guia sobre Pesquisa de Implementação aplicado à experiência no município de Franco da Rocha, 2017.

Questões	Considerações sobre a pesquisa em Franco da Rocha
A pesquisa aborda claramente uma questão relativa à implementação?	Sim, foi realizado um diagnóstico situacional, foram elaboradas 3 sínteses de evidências para informar políticas em assuntos prioritários de saúde do município com opções de estratégias para lidar com os problemas, a proposta de intervenção se deu com a realização de oficinas educativas para aos profissionais da atenção básica municipal, e o próximo passo é a avaliação dessas intervenções.
Existe uma descrição clara do que está sendo implementado (por exemplo, detalhes da prática, programa ou política)?	Sim, cada uma das oficinas foi desenhada para um assunto específico, de acordo com a contextualização realizada por meio de entrevistas e observação de profissionais da atenção básica e as necessidades da gestão.
A pesquisa envolve uma estratégia de implementação? Em caso afirmativo, é descrita e examinada adequadamente?	Sim, a proposta de intervenção se descreve na realização das oficinas educativas para os profissionais da atenção básica, com base no diagnóstico de saúde realizado e em ações escolhidas pelos gestores de saúde dentro de opções propostas pelas melhores evidências científicas nas sínteses elaboradas.
A pesquisa é conduzida em um ambiente real? Em caso afirmativo, estas condições são descritas em detalhes suficientes?	Sim, a intervenção ocorreu, sob a demanda da gestão, com os profissionais da atenção básica, do município de Franco da Rocha.
A pesquisa considera adequadamente variáveis de resultado de implementação?	A medida do sucesso da implementação se deu por meio de indicadores dos resultados, que são descritos em tabela própria a seguir.
A pesquisa considera adequadamente o contexto e outros fatores que influenciam a implementação?	Sim, as oficinas foram planejadas e desenhadas para atender o público-alvo (profissionais de saúde da atenção básica) e com assuntos diretamente relacionados com temas prioritários em saúde, conforme a demanda da gestão. Entre os fatores que poderiam influenciar na implementação foram considerados: a vontade política da gestão; o interesse dos participantes; o conhecimento prévio e as expectativas sobre os assuntos.
A pesquisa considera apropriadamente as mudanças ao longo do tempo e o nível de complexidade do sistema?	A pesquisa considera novo monitoramento após a realização das oficinas, mas entende que a mudança de gestão, que ocorreu em 2017, pode acarretar no aparecimento de novas demandas.
A pesquisa identifica claramente o público-alvo para a pesquisa e como a pesquisa pode ser utilizada?	Sim. O público-alvo da intervenção são os profissionais da atenção básica do município, que servirão de multiplicadores do conhecimento entre seus colegas e aplicarão os conceitos trabalhados em sua prática diária.

Dessa forma, pudemos observar que existe considerável possibilidade de sucesso da implementação, uma vez que foram utilizados métodos participativos em todas as etapas do trabalho desenvolvido.

Ainda assim, a pesquisa de implementação recebe críticas e alguns a enxergam com desconfiança, possivelmente pela falta de definição como um campo de estudo. No entanto, com grande versatilidade pode ser aplicável em diversas áreas e em múltiplos níveis, desde as pesquisas com nenhuma implementação até aquelas que se focam primariamente nesse objetivo. De forma a clarear essa ideia, é interessante pensar nas pesquisas de implementação em termos de um fluxo ou sequência contínua, com algumas atividades de pesquisa com maior ou menor tendência à implementação¹. Na Figura 2, abaixo, está demonstrado esse fluxo:

Figura 2: Fluxo contínuo da pesquisa de implementação



Adaptado de PETERS; TRAN; ADAM (2013).

Nossa pesquisa pode ser caracterizada como uma prova de implementação, ao se dedicar a identificar problemas prioritários para a gestão, buscar evidências sobre intervenções efetivas, acolher a escolha dos gestores em relação às opções de política mais apropriadas, analisar o contexto de implementação e formular as intervenções educativas envolvendo atores-chave (gestores e profissionais de saúde) no âmbito de um sistema municipal de saúde. Conforme nosso modelo teórico, a cada fim de ano trabalhado com a gestão, temos a fase de levantamento das lições aprendidas seguida da de reorganização e reconfiguração. Dessa forma, existe a possibilidade de aumentarmos o grau da força da pesquisa de implementação do projeto, modificando a pergunta, por exemplo “em que ponto as oficinas influenciaram a prática profissional nas UBS e melhoraram a atenção aos usuários? ”.

As pesquisas de implementação, como observado no fluxo, ocorrem no mundo real, ou seja, fora de ambientes controlados, e consideram fatores que afetam a implementação, inclusive testando as estratégias e as variáveis de desfecho da implementação. O foco dessas pesquisas está no contexto e na intervenção que estão sendo estudados, onde se pode explicar o porquê de determinado progresso (ou falta dele)¹.

Nossa experiência, portanto, nos mostra que além de viável, a pesquisa de implementação é uma alternativa bastante interessante para buscar a melhora dos serviços de saúde e atenção aos usuários da rede de atenção básica do município de Franco da Rocha, bem como contribuir fortemente para o processo de formação de recursos humanos em serviço, como a proposta para os alunos do aprimoramento em saúde coletiva, que podem conhecer a realidade do sistema de saúde e empregar estratégias de intervenção para buscar maximizar suas vantagens e minimizar as desvantagens do sistema.

O próximo passo consiste na definição e pactuação de indicadores de monitoramento, que levará em consideração as variáveis de sucesso de implementação, em cada uma das temáticas trabalhadas, para a identificação de possíveis efeitos da implementação da intervenção na população usuária do sistema de saúde local, o que poderá ser mais um elemento considerado para o redirecionamento e ampliação das intervenções.

Referências

1. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2013.
2. Galvão, M.C.B. A ciência da implementação. 9 de novembro de 2017. In: Almeida Junior, O.F. Infohome [Internet]. Londrina: OFAJ, 2017. Disponível em: http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=1092
3. Melvin, C. L.; Kathleen T. B. Implementation science. In: Greenberg, R. S. *Medical epidemiology: population health and effective health care*. 5ed. New York: McGraw-Hill, 2015.
4. Birkin SA, Powell BJ, et al. Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: results from an international survey. *Implementation Science*, 2017; 12:124.
5. Toma TS, Bortoli MC, Setti C, Luquine JR. CD, Tesser TR. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de tradução do conhecimento (2014-2016) São Paulo; Instituto de Saúde, 2017.
6. Peters DH, Adam T, Alonge O, et al. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med* 2014; 48:731-736.
7. Proctor E, Silmere H, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38:65-76.

Educação em saúde e ambiental para a promoção da saúde da criança: experiência exitosa de pesquisa participativa com professores e alunos da rede pública de ensino

Edson Vanderlei Zombini^I

A saúde concebida além do aspecto biológico, como bem-estar físico, mental e social é determinada por condições sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais.

A extração abusiva dos recursos naturais, sem dar tempo para que a natureza se recomponha, associada à falta de reciclagem dos resíduos industriais e à disposição inadequada das sobras de consumo geram pressão sobre o meio ambiente, podendo deteriorá-lo. Uma das consequências disso é o desaparecimento de espécies da flora e da fauna pela alteração da paisagem e o desequilíbrio ecológico, além de expor a população a riscos que podem afetar negativamente a sua saúde¹.

O desenvolvimento econômico e industrial, particularmente em meados do século XX, representou a princípio uma melhoria na qualidade de vida da população. No entanto, uma economia de mercado que requer e estimula o aumento de consumo desenfreado faz com que a produção industrial retire cada vez mais elementos do ambiente para ser utilizado como matéria prima e energia, gerando conseqüentemente resíduos sólidos, líquidos e gasosos que podem contaminar o solo, o ar e a água, tornando o ambiente insalubre à população².

^I Edson Vanderlei Zombini (edsonzombini@ig.com.br). Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP. Professor da Faculdade de Medicina Santa Marcelina.

No contexto brasileiro, os centros urbanos cresceram vertiginosamente sem o devido acompanhamento de infraestrutura básica. As cidades brasileiras abrigavam, há menos de um século, 10% da população nacional ao passo que nos dias de hoje abrigam aproximadamente 82%³.

Decorreu desse fato, a ocupação imobiliária errática e desordenada do espaço físico, a deposição inadequada de resíduos, a poluição e alteração dos cursos dos rios, o aterramento de áreas alagadas pelas cheias necessárias às plantas e à fertilidade do solo, o calçamento das ruas tornando-as impermeáveis às águas das chuvas, os empoçamentos provocados pela inadequação de serviços de drenagem pluvial, as inundações e os deslizamentos das encostas.

Tais fatos contribuíram para a degradação de ecossistemas, carência de áreas verdes, inundações e assoreamentos, que além de causar grandes perdas materiais, comprometeram o ciclo natural e a qualidade da água, o plantio e a pesca, conseqüentemente, diminuindo a oferta de alimentos à população e aumentando a exposição a agentes infecciosos, como por exemplo, a leptospirose, a dengue, a febre amarela, entre outras⁴.

O crescimento populacional desordenado resultou em aumento da exclusão e desigualdade em termos de acesso a serviços urbanos, com conseqüente prejuízo na salubridade do ambiente³.

O nível de saúde da população depende muito das condições ambientais em que ela vive, pois é sabido que a poluição ambiental é causa da maioria das doenças e agravos à saúde⁵.

O cuidar do meio ambiente é, portanto, uma medida para a promoção da saúde da população.

Definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, a promoção da saúde se faz por meio de maior participação popular no controle desse processo⁶.

Envolvendo a população na sua vida cotidiana, a promoção da saúde age sobre as causas favoráveis à saúde e não somente sobre as causas de doença. Sendo assim, é fundamental a ação conjunta de diferentes setores em prol de políticas públicas saudáveis, com justiça e equidade, aliada à oportunidade de participação popular, objetivando o desenvolvimento de intervenções sobre os determinantes e condicionantes sociais,

econômicos, culturais, educacionais, políticos e ambientais da saúde, o que vai contribuir para a melhoria da qualidade de vida⁷.

Na visão da promoção da saúde, o tema meio ambiente não deve ser visto apenas como uma ação de prevenção e controle de doenças, mas, acima de tudo, como instrumento de mudança de atitudes, hábitos e comportamentos para o alcance de um melhor nível de saúde.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, campo de ação prioritária da Promoção da Saúde, só se viabiliza por meio da difusão de informações corretas e da educação continuada em diferentes ambientes (escola, trabalho, unidade de saúde e na comunidade em geral), garantindo assim a obtenção de poder técnico e de consciência política para atuar nos determinantes da saúde, privilegiando a preservação da saúde integral⁸.

No processo de criação de ambientes favoráveis à saúde, faz-se necessário implementar políticas públicas para a conservação do meio ambiente, além do desenvolvimento de um processo educativo que busque a oportunidade de aprimoramento dos conhecimentos, de mudanças de atitudes e de comportamentos de risco, de modo que sejam essas mudanças duradouras e eficazes⁹.

A instrumentalização das ações de promoção da saúde faz-se pela educação.

A educação permite a obtenção de informações necessárias para analisar de forma crítica situações indesejáveis do cotidiano, na tentativa de solucioná-las em prol de resultados positivos à saúde. Favorece o processo participativo e colabora na construção de um novo modelo de atenção à saúde que, ao invés de empreender esforços e gastos para o tratamento da doença, atua sobre os determinantes da saúde, privilegiando a manutenção da saúde integral.

A abordagem educativa em prol da promoção e proteção da saúde é enfatizada pela educação em saúde. Essa, partindo do reconhecimento do modo de vida e dos valores das pessoas, busca proporcionar à população o aprimoramento de conhecimentos, a partir de informações oportunas, objetivando o desenvolvimento de capacidades e habilidades para que participem ativamente no controle dos determinantes e na definição de suas necessidades em saúde e de como supri-las.

Os processos por meio dos quais os indivíduos e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade constitui a chamada educação ambiental¹⁰.

A educação ambiental é antes de tudo uma educação política que visa a transformação da sociedade uma vez que, essa tem levado à degradação ecológica e, conseqüentemente, ao comprometimento da qualidade de vida e saúde das pessoas¹¹.

Possibilita a formação de cidadãos para que adotem uma atitude crítica das circunstâncias históricas que dão origem à realidade vivida e potencializa a participação nas decisões que afetam o cotidiano de suas vidas¹².

A educação em saúde e a educação ambiental, na prática, são parte do mesmo processo de aprendizagem e destinam-se à melhoria das condições de saúde das pessoas, pois, cada vez mais se torna evidente a inter-relação entre o meio ambiente e o nível de saúde da população. O que as diferencia é a abordagem, a base é a educação com suas mesmas teorias, princípios e metodologias e que pode estar voltada para a saúde ou para o meio ambiente.

Ambas colaboram no reconhecimento de alguns fatores de riscos ambientais à saúde, na tentativa de promover melhorias nas condições de vida da população.

Nesse contexto, o processo educativo pode fazer com que as pessoas entendam as causas e efeitos dos problemas que afligem a sua saúde, a responsabilidade, os direitos e deveres que ela tem na busca de soluções e procurem alternativas aos conflitos do cotidiano e na construção de uma vida digna, voltada para o bem comum¹³.

A oportunidade de aprimoramento dos conhecimentos, de construção de valores e de atitudes positivas duradouras e eficazes na construção de uma sociedade mais justa e sustentável é proporcionada pela educação que deve começar pela família na infância e se prolongar por toda a vida.

A educação e a formação da consciência pública juntamente com a legislação, a economia e a tecnologia, são pilares da sustentabilidade,

implicando integração de esforços coordenados para mudanças de condutas visando à saúde integral das pessoas e à prevenção dos impactos na qualidade do ambiente do qual a sociedade é parte⁹.

Além de contribuir para a elevação do nível de saúde da população e a integração homem-ambiente, promove a cidadania, constrói solidariedade, protagoniza mudanças, facilita a democracia e acaba com a corrupção e o paternalismo.

Os ecossistemas degradados são fatores ambientais importantes de risco à saúde de toda a população, particularmente das crianças. Contribuem de maneira significativa na morbidade, incapacidade e mortalidade infantil, associadas às enfermidades respiratórias, diarreicas, parasitárias, intoxicações e doenças transmitidas por insetos. A morbidade e mortalidade infantil devido a causas como a pobreza, má nutrição também se associam a modalidades insustentáveis de desenvolvimento e a degradação do meio ambiente. Para se ter a ideia da magnitude do problema, basta mencionar que 30% a 40% das enfermidades que afetam as crianças (respiratórias, gastrointestinais, tumores e malformações) estão de alguma forma relacionadas a fatores do meio ambiente e à saúde ambiental¹⁴.

Alguns fatores fazem com que as crianças se tornem mais vulneráveis aos riscos ambientais. Estas ingerem mais água, ingerem mais comida e respiram mais ar, em relação ao seu peso corporal. Portanto, ficam mais expostas às substâncias tóxicas do que os adultos. Além disto, o fato de permanecerem mais próximas do chão, bem como o ato de brincar e levar tudo à boca pela sua curiosidade natural, aumenta o seu grau de exposição às doenças¹⁵.

É necessário, portanto, uma maior proteção às crianças uma vez que a saúde de uma criança condicionará a saúde do futuro adulto. É uma condição necessária para o crescimento e desenvolvimento pleno das capacidades e potencialidades individuais e coletivas.

A partir da última década do século XX, o cuidado com a saúde das crianças voltou-se para a atenção às injúrias decorrentes do meio ambiente. Era fundamental desenvolver medidas e estimular comportamentos que possibilitassem a prevenção ou a redução de tais agravos para as gerações presentes e futuras¹⁵.

A Organização Mundial da Saúde¹⁶ considera a saúde ambiental da criança como uma das principais metas da saúde pública do século XXI, estimulando o desenvolvimento de estratégias que permitam abordar, divulgar e solucionar problemas de saúde das crianças relacionadas ao meio ambiente.

A educação formal (aquela que ocorre na escola) vai permitir que os alunos sejam formados e exercitem sua cidadania, melhorem suas relações sociais e adquiram conhecimentos e aprendam a se organizar, no sentido de exigir seus direitos a um meio ambiente saudável. Nesse contexto, é fundamental a participação dos professores, como importantes agentes formadores de opinião.

Entre as estratégias para orientar a participação popular nos processos de preservação ambiental é imprescindível instrumentalizar os professores para que se habilitem a trabalhar com seus alunos de forma articulada, as questões relacionadas à saúde ambiental, desde o ensino fundamental. Isto possibilitará que os estudantes se tornem cidadãos ativos e futuros agentes transformadores da realidade sanitária do país.

Assim, foi realizado um projeto de educação continuada com professores de uma escola pública de ensino fundamental, localizada na região leste do Município de São Paulo, no sentido de proporcionar a esses a oportunidade de realizar gratuitamente um Curso de Educação em Saúde e Ambiental, à distância *on-line*.

O objetivo era detectar o saber prévio e as necessidades dos professores sobre o tema educação em saúde e ambiental e motivar esses profissionais a desenvolverem atividades em sala de aula sobre os assuntos abordados com seus alunos a partir dos conhecimentos construídos.

O método utilizado para alcançar tais objetivos foi o de Pesquisa-Ação. Esse possibilita a identificação e resolução de problemas detectados na situação da pesquisa. Tem se mostrado bastante eficiente na compreensão e enfrentamento de problemas socioambientais e de saúde. A investigação se dá por intermédio de reuniões entre pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, de modo cooperativo ou participativo, e no desenvolvimento de ações para a formulação de adequadas respostas sociais, educacionais, técnicas e/ou políticas. Durante a investigação as ações envolvem produção e circulação de

informações e conhecimentos, elucidação e tomada de decisões pressupondo a capacidade de aprendizagem dos participantes e dos pesquisadores, habilitando-os para um processo de transformação da situação¹⁷.

Exige uma estrutura de relação do tipo participativo entre pesquisadores e pessoas da situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e as soluções a serem encaminhadas sob a forma de ações concretas com ênfase em três aspectos: resolução de problemas, produção de conhecimentos e tomada de consciência. Muitas vezes, a pesquisa-ação só consegue alcançar um ou outro desses três aspectos. É possível estudar dinamicamente os problemas, decisões, ações, negociações, conflitos e tomadas de consciência que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação.

Para Morin e Cardinal¹⁸, o método mostra que o conhecimento se constrói no contexto de relações humanas por meio de diálogo e discussão. Facilita a percepção da inter-relação entre as esferas política, social e econômica e os contextos familiares.

A pesquisa-ação não se sustenta na epistemologia positivista. Pressupõe uma integração dialética entre o sujeito e sua existência; entre os fatos e valores; entre pensamento e ação; e entre pesquisador e pesquisado. Implica atitudes problematizadoras da prática dentro de uma perspectiva crítica tendo por objetivo a emancipação e a formação dos sujeitos¹⁹.

Manifestaram interesse no projeto, professores de diferentes disciplinas. O critério de escolha dos participantes foi intencional na medida em que privilegiou profissionais que atuassem em salas de aula. Esses, participaram de entrevistas coletivas com a finalidade de detectar seus conhecimentos prévios e suas necessidades sobre o tema educação em saúde e ambiental, utilizando-se para isso a técnica de Grupo Focal. Essa, permite a obtenção de dados em discussões planejadas onde os participantes expressam suas opiniões, ideias, percepções, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica. A dinâmica da reunião não se restringe à simples alternância entre perguntas de um pesquisador e respostas dos participantes, mas se constitui em uma sessão grupal em que os sujeitos participantes discutem vários aspectos de um

assunto proposto, de tal forma que do comentário de uns pode emergir a opinião de outros²⁰.

Um roteiro de perguntas serviu de apoio à dinâmica do grupo que incluiu nas questões os seguintes temas: participação anterior do educador em algum curso de educação ambiental; opinião sobre a importância de um curso de educação ambiental na formação do professor e do aluno; a existência de relação entre o meio ambiente e a saúde do indivíduo; conhecimento de alguma doença relacionada à degradação do meio ambiente; medidas eficazes para a redução da produção de resíduos.

Os dados coletados nas entrevistas, após análise de seus conteúdos, possibilitaram verificar que os conhecimentos dos professores sobre a temática estavam relacionados apenas a conceitos de biologia, sem incluir os conhecimentos de outras áreas, nem a visão de formação política da educação ambiental, desconsiderando-se assim as variáveis socioeconômicas sérias envolvidas na temática ambiental, e de que os danos ao meio ambiente são devidos, em grande parte, do modelo de desenvolvimento econômico adotado, que visa apenas à exploração imediata, contínua e progressiva dos recursos naturais e das pessoas.

Conferiam grande importância à educação em saúde e ambiental na difusão de conhecimentos ligados a hábitos de higiene para a prevenção de doenças e medidas de estímulo à separação, reutilização e reciclagem de resíduos.

As informações obtidas nas reuniões coletivas com os professores, por meio dos grupos focais, fizeram com que o curso fosse remodelado na tentativa de atender melhor às necessidades e às expectativas do público alvo.

Dessa forma, temas como:

- Os padrões de produção e suas consequências para a natureza e a qualidade de vida das pessoas;
- Análise dos padrões de consumo;
- Relação entre a degradação ambiental, as ações cotidianas das pessoas e a importância da educação ambiental;
- Conceitos de sustentabilidade, identificando as diferenças entre crescimento e desenvolvimento e entre desenvolvimento sustentável e sociedade sustentável; foram distribuídos em cinco módu-

los na plataforma do curso *on-line*, totalizando uma carga horária de 60 horas de atividades.

Mapas conceituais, vídeos, textos de apoio e links contribuíram na construção de conhecimentos e na motivação dos professores a desenvolverem atividades com os seus alunos em sala de aula.

No período em que transcorreu o curso, os professores tiveram a possibilidade de trocar informações e discutir os assuntos abordados sempre em ambiente virtual. Monitores assessoraram no sentido de dirimir possíveis dúvidas dos participantes e para motivá-los a discorrerem por todos os módulos do curso. Foram sugeridas atividades pedagógicas para que os educadores desenvolvessem na escola ou na comunidade com os seus alunos.

Ao final do projeto, nova entrevista coletiva, utilizando-se da mesma metodologia da anterior, foi realizada no sentido de avaliar o curso.

Os professores consideraram importante a realização do curso de educação ambiental tanto para sua formação quanto na formação de seus alunos. Acreditavam que os conhecimentos construídos foram facilitadores da prática diária em sala de aula.

Além disso, ficou evidente nas falas dos professores a percepção mais acurada das condições do meio ambiente. Uma postura diferenciada quanto ao entendimento dos determinantes da saúde. Passaram a reconhecer na educação a oportunidade de empoderamento para a criação de uma cidadania crítica e fomentar processos de participação comunitária que possam interferir de modo efetivo no processo político em prol da saúde e conservação do meio ambiente, condição essa fundamental para a sobrevivência de todos os organismos vivos.

A avaliação baseou-se, também, na capacidade de estimular a criação e a elaboração, por parte dos professores juntamente com os seus alunos, de desenhos, redações, canções, poesias e outros, relacionados ao assunto abordado, refletindo assim a importância desta atividade em agregar conhecimentos.

Dessa forma, atividades sobre o tema saúde e meio ambiente foram desenvolvidos com os estudantes, de acordo com o currículo da respectiva série que esses se encontravam.

Uma das turmas realizou uma oficina na qual os alunos elegiam um determinado objeto do seu cotidiano para o estudo; pesquisavam sobre os procedimentos que envolviam a sua produção, desde a extração da matéria prima até o final, incluindo as relações de trabalho na mão de obra envolvida. Discutiam os impactos ambientais envolvidos na produção; transporte; comercialização; consumo; vida útil e descarte do produto. Ao final prepararam um material escrito a fim de ser exposto aos demais colegas nos murais da escola e na Mostra Cultural realizada na instituição de ensino, que contemplou, também, um concurso de desenhos e redações.

O projeto evidenciou a importância da educação como uma das principais formas de enfrentamento e de reversão do quadro de degradação humana e ambiental. A escola, concebida como um local de aprendizado formal, deve privilegiar a capacidade de investigação, raciocínio e construção de conhecimentos, favorecendo a internalização de valores e atitudes voltados à melhoria da qualidade de vida e saúde.

A pesquisa-ação, compartilhando princípios da educação e promoção da saúde, tais como a construção de conhecimentos, a troca de saberes, o empoderamento e a participação na busca de soluções de problemas coletivos, mostrou-se uma boa estratégia metodológica para o desenvolvimento dessa pesquisa. Estimulou a interação e mobilizou os professores na busca de conhecimentos sobre as áreas de educação ambiental e saneamento básico, compartilhando informações e experiências a partir da vivência de cada um. Possibilitou o desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva diante dos temas abordados, tanto por parte do pesquisador como dos professores participantes e de seus alunos, favoreceu o reconhecimento dos determinantes das condições de vida e o desenvolvimento de novos valores e habilidades para reivindicar o direito à saúde.

Referências

1. Cutolo AS. Reúso de águas residuárias e saúde pública. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2009.

2. Philippi Jr A; Malheiros TF. Saneamento e saúde pública: integrando homem e ambiente. In: Philippi Jr A. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole, 2005. p.3-31.
3. Moisés M; Kligerman DC; Cohen SC; Monteiro SCF. A política federal de saneamento básico e as iniciativas de participação, mobilização, controle social, educação em saúde e ambiental nos programas governamentais de saneamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2581-2591.
4. Natal D; Menezes RMT; Mucci JLN. Fundamentos de ecologia humana. In: : Philippi Jr A. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole, 2005. p.57-86.
5. Cardoso MRA. Epidemiologia ambiental. In: Philippi Jr A. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri, SP: Manole, 2005. p.87-113.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. [acesso em 03 out 2008]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartaspromocao.pdf>.
7. Pelicioni MCF. Bases políticas, conceituais, filosóficas e ideológicas da educação ambiental. In: Philippi Jr A; Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri-SP: Manole, 2005. p.3-12.
8. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czelesnia D; Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-37.
9. Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnicopolítica. In: Philippi Jr A; Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005a. p. 413-420.
10. Brasil. Lei nº 9.795 de 27.04.1999. Política Nacional de Educação Ambiental. Brasília, DF, 1999. [acesso em 04 dez 2012]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=321>.
11. Silva MM; Pelicioni MCF. Práticas pedagógicas e protagonismo infantojuvenil voltados à saúde, sustentabilidade ambiental e qualidade de vida na escola. In: Pelicioni MCF; Mialhe FL. Educação

- e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 453-478
12. Luzzi D. Educação e meio ambiente: uma relação intrínseca. Barueri, SP: Manole, 2012.
 13. Reigota M. A Educação Ambiental como educação política. In: Reigota M. O que é Educação Ambiental. São Paulo: Brasiliense, 2009. p.11-19.
 14. Paris EM; Bettini M; Molina H; Mieres JJ; Bravo V; Rios JC. La importancia de la salud ambiental y el alcance de las unidades de pediatría ambiental. Rev Med Chile. 2009, 137:101-105.
 15. Valenzuela PM; Matus MS; Araya GI; Paris E. Pediatría ambiental: um tema emergente. J Pediatr. 2011; 87(2):89-99.
 16. Organización Mundial de la Salud. El medio ambiente y la salud de los niños y sus madres. Ginebra: OMS,2012. [acesso em 24 dez 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/ceh/publications/factsheets/fs284/es/index.html>.
 17. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa – Ação. São Paulo: Cortez, 2011.
 18. Morin A; Cardinal P. Pesquisa-ação integral e sistêmica: princípios e aplicações em áreas de educação e saúde. In: Toledo RF; Jacobi PR. A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume, 2012. p.135-156.
 19. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. 2005; 31(3): 483-502.
 20. Iervolino AS; Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enfermagem USP. 2001;35(2):11521.

A Exposição de Fotografias "Situação de Saúde" como Estratégia de Educação e Participação em Saúde

Nelson Francisco Brandão'
Tania Margarete Mezzomo Keinert''
Victória Furbringer Bayma'''
Carlos Tato Cortizo''''

O objetivo deste capítulo é introduzir a fotografia como instrumento participativo em pesquisa, visando a integrar os sujeitos envolvidos, articulando conhecimentos pela função artística e pedagógica da imagem. Explicita-se, por meio de uma exposição de fotografias realizada no Instituto de Saúde, com a temática "Situação de Saúde", um processo no qual os funcionários tiveram a oportunidade de fotografar cenários cotidianos relacionados ao tema selecionado. A discussão trará a potencialidade da arte e da imagem para a sensibilização do olhar.

-
- I Nelson Francisco Brandão (brandao@isaude.sp.gov.br). Graduado em Administração de empresas pela Faculdade Oswaldo Cruz e especializado em Administração Hospitalar pela Universidade de São Paulo (USP). Assessor Técnico de Saúde Pública no Núcleo de Tecnologia da Informação do Instituto de Saúde (IS) e Membro do Comitê de Ética desta instituição.
- II Tania Margarete Mezzomo Keinert (taniak@isaude.sp.gov.br). Doutora em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP) com Pós-doutorado em Gestão da Qualidade de Vida na University of Texas (UT-Austin/EUA). Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde (IS).
- III Victória Furbringer Bayma (vfbayma@gmail.com). Graduanda em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política (FESPSP) e estagiária do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde (IS).
- IV Carlos Tato Cortizo (tato@isaude.sp.gov.br). Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Tecnólogo e Licenciado em Tecnologia de Processamento de Dados pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CEETEPS/SP). Assistente Técnico de Pesquisa Científica e Tecnológica no Instituto de Saúde/SES/SP.

Introdução

Dentro da trajetória do Instituto de Saúde surgiram recorrentes momentos de questionamento sobre "o que somos?" e "o que fazemos?", levando à elaboração de estratégias que pudessem acolher e integrar os funcionários, assim como fortalecer seus conhecimentos sobre suas funções e a de seus colegas de instituição. O primeiro projeto realizado foi o "quem somos?", que em 1992 levantou dados identitários dos funcionários tais como naturalidade, sexo, local onde residem e escolaridade. O objetivo do projeto era sensibilizar e integrar os funcionários, na medida em que suas funções institucionais eram compartilhadas.

Em 2014, um funcionário motivado pelo mote de esclarecer os demais técnicos administrativos sobre seu valor, sua importância e o porquê de suas atividades de apoio à investigação, ensino e assessoria, resolveu adotar uma iniciativa envolvendo a arte da fotografia para proporcionar a reflexão sobre a situação de saúde e o papel da saúde coletiva. Dessa maneira, a fotografia foi utilizada para auxiliar as pessoas a identificar e promover a participação e estimular a conscientização sobre os problemas do seu contexto, tornando-os sujeitos de transformação, principalmente no âmbito do seu local de trabalho. Por meio da fotografia é possível registrar as prioridades e necessidades encontradas em um local, assim como promover conhecimento e diálogo crítico sobre esta realidade¹.

O projeto foi aprovado pelas instâncias superiores do Instituto, e o tema foi escolhido em diálogo com os responsáveis pelo projeto, denominado Situação de Saúde, o qual pode abarcar questões como: perfis demográficos; processo saúde-doença; urbanização; renda; emprego; escolaridade; violência; drogas; direito à saúde; acesso a serviços de saúde; morbidade; mortalidade e indicadores de saúde. Temáticas estas que influenciam fortemente a qualidade de vida do ser humano.

Os funcionários foram convidados então a fotografar a realidade da situação de saúde encontrada nos trajetos realizados entre sua residência e o trabalho (Instituto de Saúde). Foram selecionadas 40 fotos de oito fotógrafos, e constatou-se que a adesão ao projeto foi baixa. No entanto,

após a exposição, muitos funcionários perceberam que poderiam ter participado expressando suas diferentes visões sobre a temática Situação de Saúde. O objetivo desta exposição foi refletir e proporcionar um maior contato institucional entre os funcionários.

1. Situação de Saúde e seus determinantes

Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde², o conceito "Saúde" é, na cultura romana ou grega, *"um conjunto de práticas e hábitos harmoniosos, abrangendo todas as esferas da existência: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais e morais, políticos e religiosos"*; envolvendo um conceito que, embora subjetivo, é ampliado de saúde, isto é, um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Seguindo por esta lógica, os determinantes sociais de saúde integram várias facetas da vida, como a realidade social, as condições econômicas, os contextos políticos, educacionais, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. A literatura também demonstra como são estabelecidas as relações entre pobreza e saúde, as relações entre saúde e estratificação socioeconômica e os mecanismos de produção de iniquidades ou melhor, *"como a estratificação econômico-social consegue "entrar" no corpo humano?"*³. A situação de saúde é um conjunto de condições biológicas e sociais, que estão contextualizadas e expressam determinada realidade. Essa análise engloba um processo de reconhecimento do território, das condições de saúde, de modo a identificar as relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde³.

O acesso aos serviços de saúde é conceituado como a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde e a população de um determinado território, vinculando-se aos cenários políticos locais, regionais, nacionais e internacionais, assim também como a renda e cobertura de serviços públicos de saúde e sua infraestrutura. Ou seja, a disponibilidade de serviços deve estar em consonância com as necessidades e demandas de uma população, podendo ser avaliadas como o grau de interação entre os cidadãos e os sistemas de saúde⁴.

2. Educação em Saúde

Com o intuito de enfrentar as iniquidades estabelecidas pelos determinantes sociais em saúde, buscam-se estratégias formativas condizentes com esses grandes desafios. A educação, por exemplo, é uma das ferramentas com a capacidade de qualificar intervenções necessárias para a melhoria da qualidade de vida.

A educação em saúde parte do pressuposto de que é necessário conhecer a realidade dos indivíduos envolvidos, bem como suas experiências de vida, formação educacional, atividades de trabalho, relações sociais e culturais. Portanto, para que esse processo viabilize a formação em saúde, e capacite cidadãos, é necessário conhecer quais são os conceitos já formados, colaborando para um diálogo autêntico com os profissionais dos serviços de saúde. Diálogo este necessário para que o conteúdo abordado esteja de acordo com seus contextos e seu cotidiano⁵.

Na elaboração de projetos de pesquisa e/ou processos de intervenção educativos, devem ser realizados diagnósticos sociopolíticos e econômicos. A realização desses diagnósticos, quando amparada por processos participativos, envolve profissionais, pesquisadores e a população local, visando a mudanças e a processos emancipatórios. Portanto, quanto mais dialógico e participativo for esse processo de conhecimento coletivo, maiores serão os benefícios no aprendizado de investigação e intervenção crítica sobre o ambiente e grupo estudado⁶.

2.1. Imagem e fotografia como arte e participação em Educação em Saúde

A arte é um valioso instrumento no auxílio da Educação em Saúde, isso porque a expressão artística viabiliza a construção de novas ideias e o desenvolvimento da criatividade humana, conectando diferentes saberes e dialogando com a complexidade do mundo contemporâneo. Ela oferece ao indivíduo a possibilidade de relacionar-se com seu universo não racional, do sensível, do estético, do mistério, trazendo para o concreto expressões e apreensões simbólicas relacionadas com diferentes vivências. Além disso, essa relação do ser humano com a arte é compartilhada

socialmente⁷. Oferecendo também a possibilidade de perceber, descobrir e questionar valores e crenças até então desconhecidos em nós mesmos. Reunindo pontos de vista diferentes e criando uma ponte de comunicação entre autores e expectadores^{7,8}.

No universo da arte é possível destacar as artes visuais como forma de operacionalizar ideias, abstrações ou emoções, registrando-as por fotos, pinturas, esculturas, desenhos ou outras formas de expressão. Inserido neste contexto, a imagem, possui um papel relevante no processo de aguçar os sentidos. Fundamentalmente a visão, em sua atenção estética, atrai os indivíduos com sensibilidade, isto é, a imagem possui uma comunicação mais acessível, intuitiva e didática⁷.

No mundo contemporâneo, há um excesso de imagens, o que torna o olhar trivial e pouco crítico, dado que não é possível processar ou interpretar uma quantidade excessiva de informações, tornando-se estratégico que se estabeleçam critérios para a seleção e posterior interpretação das imagens. No entanto, a imagem como uma expressão artística contribui para uma autorreflexão e a adoção de critérios sensíveis e cognitivos que nos permitam avaliar as imagens com mais cuidado, possibilitando uma reeducação e sensibilização do olhar para aquilo que foi perdido. Há um processo dialógico permanente entre a imaginação, a imagem e os valores de determinada cultura⁷.

Partindo desses pressupostos, é possível identificar ferramentas utilizadas no campo metodológico qualitativo que podem viabilizar a participação do sujeito, de maneira que ao fazer o estudo, o investigado faça parte do processo de formação. Aquele que fotografa captura uma determinada imagem, de acordo com seu referencial e contexto. Já aquele ou aquilo que é fotografado, também está inserido em um determinado contexto, consciente ou não do registro realizado. Finalmente, há um espectador que confere sentido àquilo que vê.

3. A Exposição Situação de Saúde

Com o objetivo de relacionar as condições sócio-sanitárias às trajetórias estabelecidas por funcionários do Instituto de Saúde, realizou-se a exposição, no anseio de sensibilizar olhares para uma visão ampliada do

conceito de saúde. As fotos remetem a questões como a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, além de fatores cotidianos que influenciam direta e indiretamente as questões de saúde, os denominados determinantes sociais de saúde³.

A seguir serão apresentadas algumas fotos que integraram a “Exposição de Fotografias ‘Situação de Saúde’, como Estratégia de Educação e Participação em Saúde”, seguido por comentários dos fotógrafos sobre cada registro, dando voz às fotos. Ao final, serão apresentados relatos das avaliações de cada fotógrafo no que diz respeito à totalidade da exposição e seus resultados.

As próximas duas fotos, realizadas pelo **fotógrafo A**, expressam a exclusão de direitos básicos de proteção à vida, as péssimas condições de mobilidade e a falta de prioridade do transporte público.

Fotógrafo A: “[...] A realidade que se encontram no descaso do transporte público, por exemplo, onde dia a dia é travada uma luta para conseguir embarcar em ônibus que sempre estão lotados, muitas vezes ou quase sempre não passam em um horário certo e ainda por cima às vezes quebram no meio do caminho! Como conseguir ter uma boa saúde ou pelo menos mantê-la bem diante de tanto estresse, e insatisfação, pois a cada dia só tem ficado pior. [...]”



A foto abaixo, registrada pelo **fotógrafo A**, é representativa no que diz respeito à falta de moradia, condição determinante para a precarização da saúde. A pessoa que se encontra em situação de rua tem sua vida invisibilizada, marginalizada, e por muitas vezes naturalizada.



Fotógrafo A: "[...] E quanto aos moradores de rua? Histórias de vida diversas, mas que por motivos variados acabaram chegando ao "fundo do poço". Desesperança total, pois que tipo de saúde um morador de rua pode ter diante do desamparo em que se encontram? [...]" "[...] Insatisfação, desânimo e desesperança demonstram que independente de "passageiros ou moradores de rua" todos de alguma forma são prejudicados direta ou indiretamente em sua saúde [...]."

Os retratos feitos pelo **fotógrafo B**, demonstram a realidade dos idosos atendidos pelo serviço público de saúde, que apesar do atendimento preferencial, são submetidos a situações de constrangimento em função da demora no atendimento.



Fotógrafo B: *"Estas fotos foram tiradas no dia em que levei meu tio ao AMA na zona leste de São Paulo. Elas traduzem o tempo que um idoso tem que esperar para o atendimento, isso porque tem atendimento preferencial. [...]"*



A foto ao lado expressa o processo de judicialização da saúde, no qual o **Fotógrafo C** obteve acesso a um medicamento antes não fornecido pelo sistema público de saúde, e que após um ano, foi incorporado ao SUS, democratizando o acesso a todos que dele necessitam.

Fotógrafo C: *"[...] Minha filha [...] recebe uma das cinco doses do medicamento Palivizumabe, o qual foi liberado via ação judicial. [...]"*

"Em maio de 2012 [...] o IS elaborou o Parecer Técnico Científico (PTC) "uso profilático do Palivizumabe na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de alto risco", sugerindo que "com base nas evidências científicas pode-se concluir que Palivizumabe é eficaz na prevenção de internações em crianças de alto risco (prematuras <35 semanas e ou portadoras de doença pulmonar crônica ou doença cardíaca congênita)".

"Um ano após a elaboração do PTC, o Ministério da Saúde aprovou o protocolo de uso do Palivizumabe incorporando o medicamento à lista do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 522, 13 de maio de 2013."

O testemunho e o registro abaixo evidenciam o que o **Fotógrafo D** relacionou ao registrar, com destaque para a miséria social em que se encontram pessoas de determinados grupos sociais. Sendo estes massificados e desumanizados



Fotógrafo D: *"Esta foto me recorda um poema de Manuel Bandeira que li na aula e jamais esqueci, posso dizer que é transcendental. É de fato um problema de saúde pública e evidencia a miséria social."*

*“O bicho
Vi ontem um bicho
Na imundice do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.”*

Manuel Bandeira

O **fotógrafo E**, destacou dois determinantes sociais: um que diz respeito à acessibilidade e mobilidade urbana. E outro que remete às questões sanitárias, como o lixo exposto nas vias públicas.



Fotógrafo E: “[...] quanto o lixo está associado a uma série de doenças [...] a impossibilidade de uma pessoa com qualquer restrição de marcha (idosos, cadeiras, muletas, etc.) caminhar na calçada!”

As próximas imagens foram registradas pelo **fotógrafo F**, que colocou em destaque, através da foto abaixo, os cuidados individuais sobre a prevenção de agravos à saúde. O cuidado individual se estabelece através de uma relação social de prevenção, o que valoriza a saúde individual e coletiva.



Fotógrafo F: *“Um garoto de 2 anos sonolento escovando os dentes é uma cena imperdível de prevenção para o sanitarista. Sábios, os dentistas que dizem que a saúde começa pela boca!”*

Em outra imagem capturada pelo **fotógrafo F**, busca-se transmitir um conceito de saúde enquanto equilíbrio nas relações com o ambiente. Este contato com a natureza permite experiências de harmonia e familiaridade.



Fotógrafo F: *“Fiquei extasiada pela visão entre duas árvores compondo uma moldura com águas tão límpidas cuja cor é impossível descrever. Ficaria horas, dias e perderia a noção do tempo com este cenário e quis compartilhar essa sensação.”*

3.1. Resultados da Exposição

Ao serem questionados sobre qual seriam suas avaliações dos resultados apresentados na exposição, tanto em termos das fotos exibidas quanto à relação entre elas, em termos da apreciação e comentários dos visitantes, os fotógrafos disseram:

Fotógrafo A: *“Achei ótimo, foi uma forma muito boa de demonstrar de diferentes formas a situação de saúde das pessoas em diversas circunstâncias. Com a amostra, o olhar não tem como ser o mesmo durante nossos “trajetos.” Diante de detalhes que infelizmente acabam afetando direta ou indiretamente a nossa saúde. Acredito que o objetivo foi alcançado diante dos comentários dos visitantes que se surpreenderam com o olhar que os fotógrafos tiveram em situações do dia a dia, mas que refletem de diversas maneiras na saúde”*

Fotógrafo B: *“Poderia ter tido uma maior quantidade de fotos, mesmo assim todas as fotos representavam uma situação de saúde. Com relação aos comentários não consigo lembrar, já faz algum tempo desta exposição.”*

Fotógrafo C: *“Com a exposição da fotografia busquei evidenciar a importância do trabalho produzido no Instituto de Saúde (IS) por meio do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde (NAPATS), em relação à avaliação de tecnologia em saúde e à assessoria prestada ao Sistema Único de Saúde (SUS) visando a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.”*

Fotógrafo D: *“A experiência de participar e poder ver as fotos expostas foi incrível, tive muitas fotos expostas, e o sentimento de satisfação e orgulho foi grande. As fotos foram muito bem dispostas, o tamanho e a qualidade estavam acima das minhas expectativas. Tive um retorno muito positivo do meu material, as pessoas apontavam e diziam palavras cativantes e de admiração. A relação entre as fotos não era de proximidade explícita, mas implícita, algo no olhar de cada pessoa a sensibilizou a reter aquele momento em especial e isso resultou na ligação como tem a saúde.”*

Fotógrafo E: *“O motivo que me levou a tirar as fotos foi a vontade de registrar os obstáculos que um pedestre tem que enfrentar no seu dia dia no bairro da Bela Vista. Seja de ordem física com degraus irregulares, da degradação do ambiente com um amontoado de lixo, seja ainda, da miséria humana. Não podemos deixar de se indignar com esse descaso!!!”*

Fotógrafo F: *“Achei interessante a iniciativa e também quanto a falta de saúde (doença) ainda marca a representação da saúde.”*

4. Conclusões

Neste capítulo podemos identificar os fortes vínculos entre os múltiplos determinantes sociais e a situação de saúde de pessoas e grupos populacionais. Evidenciam-se diversas representações e entendimentos sanitários e sociais que integram o cotidiano de diferentes grupos e classes sociais, demonstrando uma insuficiência de ferramentas educacionais, que busquem refletir sobre o campo da saúde coletiva e todas as temáticas envolvidas. Por meio da exposição observou-se a eficácia da utilização da fotografia, como um instrumento que proporciona a reflexão e atuação na modificação qualitativa destes múltiplos determinantes, além de promover a integração de sujeitos no processo de investigação e o compartilhamento de conhecimentos e visões.

A arte fotográfica permitiu um recorte de uma determinada realidade social, econômica e sanitária, com objetivo de externar aquilo que nos causa indignação dentro da própria realidade. A fotografia provoca um ato de reflexão autoformativo, de aproximação, aprofundamento e densificação de uma determinada situação e condição social que, cotidianamente, passa despercebida. A fotografia também proporciona a possibilidade de denunciar e instigar a imaginação para a transformação do que está sendo retratado. Portanto, a arte fotográfica possibilita potencializar a capacidade e a habilidade crítica, com finalidade de emancipar as vidas e traçar novos caminhos e veredas para o aperfeiçoamento e recuperação da nossa humanização⁶.

Referências Bibliográficas

1. Marques BG, Miranda MLJ. Photovoice: implicações do método colaborativo para as pesquisas em Educação Física e Saúde. *Rev Bras Ativ Fís & Saúde*. 2015; 20 (6): 545-546.
2. Luz MT, Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro; 2009.
3. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17 (1): 77-93.
4. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31 (3): 260-8.
5. Mello AL, Metodologia Participativa e Biomonitoramento: Promoção da Saúde no Distrito de Vicente de Carvalho, Guarujá/ SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2010.
6. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 64ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2017.
7. Silveira LS, Alves VA. O Uso da Fotografia na Educação Ambiental: Tendo Considerações. *Pesq em Educação Ambiental*. 2008; 3 (2): 125-146.
8. Villaça, IC. Arte-educação: A Arte Como Metodologia Educativa. *Cairu em Revista*. 2014; 3(4): 74-85.
9. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Relação de Fotógrafos

- Camila Fernanda Garcia Tosetti Pejão
- Elisabete Cristina de Oliveira
- Jaci Antônia da Costa
- Marli de Fátima Prado
- Paula Sena Medeiros
- Silvia Regina Dias Medici Saldiva
- Maritsa Carla de Bortoli
- Aparecida Natalia Rodrigues

Curador da exposição

- Nelson Francisco Brandão

Organização

Núcleo de Apoio Técnico Científico:

- Camila Fernanda Garcia Tosetti Pejão

Núcleo de Tecnologia da Informação:

- Nelson Francisco Brandão

editoração, impressão e acabamento

imprensaoficial

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

“É uma honra escrever o Prefácio para a obra “Pesquisas Participativas e Saúde: Vertentes e Veredas”, publicada pelo Instituto de Saúde (IS), destacando as múltiplas experiências, teorias e estratégias participativas existentes no Brasil. Espero que os escritos aqui inspirem outros a adotar a riqueza desta abordagem de pesquisa com o objetivo de reduzir o sofrimento humano e melhorar a saúde em diversas comunidades e múltiplas configurações organizacionais. Essa riqueza significa trabalhar com atores e grupos sociais intersetoriais como parceiros, em todos os sentidos da palavra. É com alegria que elaboro este Prefácio, o qual poderá estreitar os laços do trabalho que desenvolvo com community based participatory research (CBPR) com pesquisadores, colaboradores, interlocutores e cidadãos de muitas redes de promoção da saúde, participação social e meio ambiente, tais como a Roda de Conversa de Pesquisa-Ação Participativa e o próprio Instituto de Saúde.”

Nina Wallerstein

Diretora do Center for Participatory Research, Professora do College of Population Health, University of New Mexico, EUA

“Vertentes e Veredas” são as duas palavras do subtítulo do livro Pesquisas Participativas em Saúde e nelas baseio a “escuta” que fiz da obra e que agora retrato. VERTENTES são aspectos, lados, linhas, rumos, sentidos, direções, tendências e trilhos. E é o que o livro busca fazer ao apresentar ao leitor um panorama das motivações e dificuldades de muitos autores ao exercitar pesquisas participativas (ou pesquisa-ação). Para tal intento, há que sair do conforto de uma posição privilegiada de pesquisador para “aprender a interrogar, interrogar-se e dialogar. A tarefa é árdua e há obstáculos pelo caminho, pois as VERTENTES são, também, encostas, declives, descidas, ladeiras, inclinações, subidas, rampas, ribanceiras, escarpas, aclives, colinas, taludes. Mas, não se preocupem, o que os autores, genuinamente, desejam é lhes abrir VEREDAS que são atalhos, caminhos, circunstâncias, direções e estradas para que vocês possam viajar sem solavancos nesta expedição ao mundo das pesquisas participativas. ”

Marco Akerman

Professor-Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde Faculdade de Saúde Pública da USP

FMU
CENTRO UNIVERSITÁRIO



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**